

Entwicklungs-kindheit als Beobachtungsprojekt

Ethnographische Studien zu den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung
In kindermedizinischen Untersuchungen

Dissertation

eingereicht an der

Fakultät für Erziehungswissenschaft

Universität Bielefeld

von

Sabine Bollig

Trier, Juli 2013

Gesamtnote "summa cum laude"

Zusammenfassung der Dissertation

Diese publikationsbasierte Dissertationsschrift bündelt neun bereits veröffentlichte ethnographische und methodologische Studien zu den Praktiken der entwicklungsbezogenen Beobachtung von Kindern in Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen. Den gemeinsamen Bezugspunkt finden die vorgelegten Studien in der Frage, wie in diesen medizinischen Beobachtungspraxen ‚Entwicklungs-kindheit‘ formiert wird. Unter ‚Entwicklungs-kindheit‘ wird eine über das Entwicklungskonzept aufgespannte Konfigurierung von Kindheit gefasst, die nicht nur bestimmte Bilder von Kindern erzeugt, sondern auch die Unterscheidung zwischen Kindern und Erwachsenen bzw. Kindern und ihren Eltern normiert und relational reguliert. Insofern ist die ‚Entwicklungs-kindheit‘ als eine epistemische wie praktische Form generationalen Ordners zu verstehen. An der Schnittstelle von erziehungswissenschaftlicher Kindheitsforschung, Medizin- und Präventionssoziologie wird mit diesem Bezugspunkt dann sowohl die Frage formulierbar, wie im Vollzug der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen deren ‚einheimischen‘ Entwicklungskonzepte praktiziert werden, als auch wie in diese Darstellungspraxis Ansatzpunkte für die pädagogische Ordnung der Familie eingewoben sind.

Auf einer *methodologischen* Ebene wurde dieses Forschungsprogramm über eine praxistheoretische Modellierung der ‚Praktiken der Entwicklungsbeobachtung‘ konzeptualisiert und mit den Methoden der praxisanalytisch ausgerichteten Ethnographie realisiert. *Gegenstandstheoretisch* werden über die verschiedenen empirischen Studien hinweg vier Dimensionen dieser Praktiken der Entwicklungsbeobachtung ausdifferenziert: *Beobachterkollektive*, *Beobachterooptionen*, *Beobachterprogramme* und *Beobachtungsbühnen*.

Die ethnographischen Studien zeigen auf, das im Vollzug der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen ‚Entwicklung‘ in dreifacher Weise als ein *hybrides* Beobachtungs-

objekt konstituiert wird: erstens, da sich in den verteilten Praktiken der Entwicklungsbeobachtung sehr heterogene Partizipanden der entwicklungsdiagnostischen Praxis kollektivieren um Entwicklung als zeitlichen, sozialen, biologischen und räumlichen Prozess sichtbar zu machen und als ‚normale‘ oder ‚abweichende‘ Entwicklung beurteilen zu können. Hybrid auch zweitens, weil das Beobachtungsobjekt ‚Entwicklung‘ zwar an Kindern erarbeitet wird, gleichzeitig aber auch die Eltern und die Familie als Bedingungskontext und Bearbeitungsressource für Entwicklung in dieses Beobachtungsobjekt eingewoben werden. Dieses Beobachtungsobjekt ‚Entwicklung‘ ist, drittens, aber auch als hybrid zu bestimmen, weil es in den beiden Beobachtungsformaten Kindervorsorgen und Schuleingangsuntersuchungen, je spezifisch hervorgebracht wird, diese ‚einheimischen Entwicklungskonzepte‘ jedoch verschiedene Kontexte (Familie, Schule, Kita, etc.) miteinander vermitteln und in Form von weiteren Beobachtungsaufgaben auch in diese hineinreichen. Insofern ist das hybride Beobachtungsobjekt ‚Entwicklung‘ auch nicht einfach nur ein medizinisches Objekt, vielmehr ist es durch einen Verschnitt von medizinischen und pädagogischen Wissens- und Praxisformen aufgebaut.

Mit Blick auf internationale Forschungsarbeiten, die herausarbeiten, dass die gesellschaftliche Konfigurierung der spätmodernen Familie maßgeblich über eine wissensbasierte Konzeption kompetenter Elternschaft aufgebaut ist, zeigen die hier eingereichten Studien auf, dass dieses erforderliche elterliche Wissen im praktischen Vollzug der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen maßgeblich als *Beobachtungswissen* eingefordert und stimuliert wird. Und zwar sowohl mit Blick auf eine fortlaufende Entwicklungsbeobachtung der Kinder durch ihre Eltern, der Koordinierung von professionellen wie privaten Beobachtungspraxen zwischen Eltern und Professionellen, als auch über die Selbstbeobachtung der Eltern von sich selbst als Eltern.

In den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen materialisiert sich die Entwicklung von Kindern somit als ein *Beobachtungsprojekt*, das nicht nur immer weitere Beobachtungen der kindlichen Entwicklung als notwendig erscheinen lässt, sondern in diese Konzeptualisierung von ‚Entwicklungs-kindheit‘ die Beobachtungskompetenz der Eltern als maßgebliches Kriterium für eine optimale Entwicklung einschreibt. Ihren spätmodernen Charakter entfalten die Untersuchungen indem sie die Entwicklung der Kinder immanent als ‚riskant‘ entwerfen, womit der Projektcharakter der modernen Kindheitsidee sich gleichermaßen perpetuiert wie transformiert: als ein Projekt der Vervollkommenung, das sich darüber selbst plausibilisiert, dass es über seine ‚Kerntechnologie‘ der kontinuierlichen, präventiven Entwicklungsbeobachtung der Kinder, nicht nur deren Status als prekär definiert, sondern auch den ihrer Eltern.

Neben diesen auf die Formierung von ‚Entwicklungs-kindheit‘ bezogenen empirischen Studien versammelt das Konvolut aber auch Studien, die sich zum einen mit methodologischen und methodischen Fragestellungen ethnographischen Forschens beschäftigen und zum anderen, das in dieser Dissertation entwickelte Modell der ‚verteilten Praktiken der Entwicklungsbeobachtung‘ auf einen weiteren zentralen Kontext der Dauerbeobachtung von Kindern beziehen, die fortlaufende Beobachtung kindlicher Entwicklungs- und Bildungsprozesse in Kindertageseinrichtungen.

Entwicklungskindheit als Beobachtungsprojekt

**Ethnographische Studien zu den Praktiken der
Entwicklungsbeobachtung in kindermedizinischen
Früherkennungsuntersuchungen**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrads der Philosophie
an der Fakultät für Erziehungswissenschaft
der Universität Bielefeld

vorgelegt von

Sabine Bollig

Trier

Juli 2013

Tabellarische Auflistung der Veröffentlichungen

		Zeitschriftenartikel peer review	Beitrag Sammelband	Allein- autorenschaft	Ko-/Erstautorenschaft	Zeichenzahl (Seitenzahl)
1	Bollig, Sabine (2008): Praktiken der Instrumentierung. Methodische und methodologische Überlegungen zur ethnographischen Analyse materialer Dokumentationspraktiken in kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. <i>Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation</i> 28(3), 301-315	x		x		45.767 (14 S.)
2	Bollig, Sabine (2008): Geburt revisited - Darstellungen von Geburt in Schuleingangsuntersuchungen. In Wulf, Christoph, Hänisch, Anja & Brumlik, Mischa (Hrsg.), <i>Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder</i> (S. 270-282). München: Fink Verlag		x	x		34.304 (12 S.)
3	Bollig, Sabine & Ott, Marion (2008): Entwicklung auf dem Prüfstand: zum praktischen Management von Normalität in Kindervorsorgeuntersuchungen. In Kelle, Helga & Tervooren, Anja (Hrsg.), <i>Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung</i> (S. 207-242). Weinheim: Juventa		x		x	48.626 (17 S.)
4	Bollig, Sabine & Tervooren, Anja (2009): Die Ordnung der Familie als Präventionsressource. Informelle Entwicklungsdiagnostik in Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen am Beispiel kindlicher Fernsehnutzung. <i>Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation (ZSE)</i> 29(2), 157-174	x			x	53.414 (17 S.)
5	Bollig, Sabine (2010): Die Eigenzeiten der Entwicklung(sdiagnostik). In Kelle, Helga (Hrsg.), <i>Kinder unter Beobachtung</i> (S. 95-132). Opladen: Barbara Budrich Verlag		x	x		102.641 (37 S.)

		Zeitschriftenartikel peer review	Beitrag Sammelband	Allein- autorenschaft	Ko-/Erstautorenschaft	Zeichenzahl (Seitenzahl)
6	Bollig, Sabine (2011): Notizen machen, Bögen ausfüllen, Geschichten schreiben. Analytische Perspektiven auf die materialen Praktiken der bildungsbezogenen Beobachtung von Kindern im Elementarbereich. In Cloos, Peter & Schulz, Marc (Hrsg.): <i>Kindliches Tun beobachten und dokumentieren. Perspektiven auf die Bildungsbegleitung in Kindertageseinrichtungen</i> (S. 33-48). Weinheim: Juventa		x	x		42.727 (15 S.)
7	Bollig, Sabine & Neumann, Sascha (2013): Die Erfahrung des Außerordentlichen. Fremdheit/Vertrautheit als methodisches Differential einer Ethnographie pädagogischer Ordnungen. <i>Zeitschrift für Qualitative Forschung (ZQF)</i> 12(2), 199-216	x			x	58.852 (17 S.)
8	Bollig, Sabine (2013): ‚Individuelle Entwicklung‘ als familiales Projekt. Zur Normativität von Normalisierungspraktiken in kindermedizinischen Früherkennungsuntersuchungen. In Kelle, Helga & Mierendorff, Johanna (Hrsg.), <i>Normierung und Normalisierung der Kindheit</i> (S.99-118). Weinheim: Juventa		x	x		54.405 (19 S.)
9	Bollig, Sabine & Kelle, Helga (2013): The implicit construction of ‘children at risk’. On the dynamics of practice and program in development screenings in early childhood. <i>Journal of Early Childhood Research</i> . Online First. DOI: 10.1177/1476718X13482273	x			x	51.309 (15 S.)
	Insgesamt 9 Veröffentlichungen	4	5	5	4	492.045 (163 S.)

Gliederung

Einführung in diesen Rahmentext	1
1. Die präventive Dauerbeobachtung von Kindern - Kontexte, Ausgangspunkte und Untersuchungsfelder der Studien	4
1.1 Ausbreitung der Entwicklungsdiagnostik – Zunahme an Befunden und Verfahren.....	4
1.1.1 Ausbau der entwicklungsbezogenen Dauerbeobachtung: die epidemiologische Ebene.....	6
1.1.2 Ausbau der entwicklungsbezogenen Dauerbeobachtung von Kindern: die individuelle Ebene	7
1.2 Die präventive Dynamik des Ausbaus I: Verschränkung von Blickachsen und Motiven der Beobachtung	11
1.3 Bedeutungswandel der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen: Vorstellung der Untersuchungsfelder	12
1.3.1 Schuleingangsuntersuchungen: Entwicklungsdiagnostik zwischen Epidemiologie und Schulbezug	12
1.3.2 Kindervorsorgeuntersuchungen: Entwicklungsdiagnostik zwischen Krankheitsfrüherkennung und Prävention	15
1.3.3 Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen als Felder der ‚prophylaktischen Entwicklungsdiagnostik‘	18
1.4 Die präventive Dynamik des Ausbaus II: die Blickverschiebung von ‚Kindern‘ hin zu ‚Kindern und ihren Familien‘	19
2. Entwicklungsbeobachtung und Entwicklungskindheit - Konzeptionelle Perspektiven und Forschungsdesiderate	21
2.1 Entwicklungsbeobachtungen als Regulationen des Verhältnisses von Familie, Staat und Kind	21
2.2 Entwicklungsbeobachtungen als epistemische Praxen generationalen Ordners	24
2.3 Übergeordnete Fragestellung der vorgelegten Studien	27
3. Entwicklungsbeobachtung als Untersuchungsgegenstand - Sozialtheoretische Perspektiven und Forschungsstand	29
3.1 Distinkte Forschungsperspektiven und ihre gegenstandstheoretischen Modellierungen von Beobachtungspraxen	30
3.1.1 Individuelles Können: Entwicklungsdiagnostische Beobachtungen als professionelle Kompetenz beobachtender Subjekte	30
3.1.2 Verfahren und Klassifikationssysteme: Entwicklungsdiagnostische Beobachtungen als organisationales und institutionelles Handeln	32
3.1.3 Machtvolle Wissensordnungen: Entwicklungsdiagnostisches Beobachten als diskursive Praktiken	34
3.3.4 Soziomateriale Praktiken: Entwicklungsdiagnostisches Beobachten als practical accomplishment	38

3.2 Die verteilten Praktiken der Entwicklungsbeobachtung - praxistheoretische Modellierung des Untersuchungsgegenstands	41
3.2.1 Die material-mentale Struktur von Praktiken	41
3.2.2 Praktiken und materialen Arrangements	44
3.2.3 Organisiertheit von Praktiken: „dispersed and integrative practices“	46
4. Die Praxis ethnographisches Forschens in den Feldern der Entwicklungsbeobachtung.....	53
4.1 Das Erkenntnisprogramm (praxis-)analytischer Ethnographie	54
4.1.1 ‚Verschlingung‘ von Theorie und Empirie in (praxis-)analytischer Forschung	55
4.1.2 Die Feldforscherin als Forschungsinstrument	57
4.2 Die Praktiken der Forschung in den hier vorgelegten Studien I	58
4.3 Teilnehmende Beobachtung als praktizierte Methodologie	61
4.4 Die Praktiken der Forschung in den hier vorgelegten Studien II	64
4.4.1 Methodenpluralität zwischen ‚Methodenzwang des Feldes‘ und Reflexivität	64
4.4.2 Das vergleichende Untersuchungsdesign und die Strategien des ‚thick comparison‘	66
5. Die Praktiken der Entwicklungsbeobachtung - Einordnung und Diskussion der vorgelegten Studien	69
5.1 Beobachterkollektive: die ‚verteilten Praktiken‘ der Entwicklungsbeobachtung	71
5.2 Beobachtungsoptionen: das ‚praktische Management der Normalität‘ in den präventiven Praktiken der Entwicklungsbeobachtung	79
5.3 Beobachtungsprogramme: Die ‚einheimischen Entwicklungsbegriffe‘ der institutionellen Praktiken der Entwicklungsbeobachtung	83
5.4 Beobachtungsbühnen: die pädagogische Ordnung der Familie in den präventiven Praktiken der Entwicklungsbeobachtung	87
6. Fazit – Entwicklungskindheit als Beobachtungsprojekt	96
6.1 Entwicklungskindheit und Beobachtungspraxen – vom ‚pathologischen‘ zum ‚normalen‘ Kind und zum ‚child-at-risk‘	97
6.2 Neukonfigurierung der Entwicklungskindheit: die präventive Universalisierung des ‚child-at-risk‘	100
6.3 Die Institutionalisierung ‚prekärer Entwicklungskindheit‘ in den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung	102
7. Literaturverzeichnis	106
8. Anhang	
Kopien der eingereichten Publikationen	
Erklärung	
Danksagung	

Einführung in den Rahmentext

Die hier vorgelegte publikationsbasierte Dissertation beschäftigt sich unter dem Obertitel „Entwicklungs-kindheit als Beobachtungsprojekt“ mit Praktiken der entwicklungsbezogenen Beobachtung von Kindern. Die hier zusammen gefassten Beiträge gehen dabei im Wesentlichen auf ein ethnographisches Forschungsprojekt zurück, dass ich gemeinsam mit Kolleginnen unter der Leitung von Prof. Dr. Helga Kelle an der Goethe-Universität Frankfurt durchgeführt habe.¹ Dieses DFG-Projekt untersuchte die Prozessierung von Entwicklungsnormen in den deutschen Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen mit den Methoden der Ethnographie (vgl. Kelle 2010a).

In dieser Dissertation stelle ich eigenständige Beiträge aus dem Kontext dieses Projektes vor, die in diesem Rahmentext in Bezug auf eine übergeordnete Fragestellung hin vorgestellt, eingeordnet und diskutiert werden. Den gemeinsamen Bezugspunkt finden die vorgelegten Studien dabei in der Frage nach dem praktischen Beitrag und der sozialen Dynamik von professionellen Beobachtungen kindlicher Entwicklung für die Gestaltung von Kindheit als „Entwicklungs-kindheit“ (Honig 1999). Die Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen fokussiere ich dabei als Element eines stark expandierenden Feldes der professionellen Entwicklungsbeobachtung und bestimme den analytischen Gegenstand in einer mehrdimensionalen Ausdifferenzierung von ‚Praktiken der Entwicklungsbeobachtung‘.

Die Frage nach der Formierung von *Entwicklungs-kindheit* in den Untersuchungen rückt dabei sowohl die praktizierten Entwicklungskonzepte der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen in den Blick, als auch das Arrangement in der Aufgabenverteilung zwischen staatlichen Institutionen und der Familie, das über diese Entwicklungskonzeptionen modelliert wird. Zur Aufklärung der *Praktizierung* von ‚Entwicklungs-kindheit‘ in den kindermedizinischen Untersuchungen sind jedoch analytische Konzepte erforderlich, welche Entwicklungsvorstellungen nicht nur als soziales Regulativ von Eltern-Kind-Figurationen aufgreifen, sondern dieser Relationierung von Kindern und Eltern auch in den konkreten Praktiken der Darstellung von ‚Entwicklung‘ nachspüren können. Die hier vorliegende Arbeit findet einen solchen konzeptionellen Rahmen in der Verknüpfung eines *praxistheoretischen Zugangs* zu den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung, mit *kindheits- und normalisierungstheoretischen sowie präventionssoziologischen* Perspektiven auf den Gegenstand.

Den materialen und substanziellen Kern dieser Arbeit bildet ein Kumulus von neun Artikeln, die ich in nationalen und internationalen Fachzeitschriften und Sammelbänden publiziert habe. Diesem Kumulus ist, wie es die Promotionsordnung der Fakultät Erziehungswissenschaften an der Universität Bielefeld festlegt, eine „ausführliche Darstellung voranzustellen, die eine kritische Einordnung der Forschungsthemen und wichtigsten Erkenntnisse aus den

¹ Das Projekt wurde unter dem Titel „Kinderkörper in der Praxis. Eine Ethnographie der Prozessierung von Entwicklungsnormen in Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen“ von 2006-2011 gefördert. Ich selbst war im Projekt von 02/2006 – 02/2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin. Neben Prof. Dr. Helga Kelle als Leiterin, waren in diesem Projekt als wissenschaftliche Mitarbeiterinnen noch folgende Kolleginnen beschäftigt oder mit dem Projekt assoziiert: Julia Jancso M.A., Dr. Marion Ott, Dipl. Päd. Anna Schweda, Dr. Rhea Seehaus und Prof. Dr. Anja Tervooren.

Publikationen in den Kontext der wissenschaftlichen Literatur zum Thema sowie die Würdigung des individuellen eigenen Beitrags sowie des Beitrags der weiteren Autoren an den jeweiligen Publikationen vornimmt.“

Diese ausführliche Darstellung wird im folgenden Rahmentext geleistet. Der Aufbau und die Inhalte lassen sich dabei in vier distinkte Leistungen eines solchen Rahmentextes für eine publikationsbasierte Dissertation unterscheiden. Diese Unterscheidung begründet sich dabei sowohl aus der Gattung der hier präsentierten Forschungsarbeiten, als auch aus der Funktion dieser Schrift als Qualifikationsarbeit.

Bezogen auf die Gattung der Forschungsarbeiten, in die hier eingeführt wird, hängt eine solche Differenzierung nach verschiedenen Leistungen dabei zunächst mit den Eigenheiten ethnographischen Forschens selbst zusammen. Mit Blick auf die kumulative Erstellung eines Textkonvoluts, das als Dissertationsschrift eingereicht wird, kommt dabei eine Eigenheit ethnographischen Forschens besonders zum Tragen: die Tatsache, dass dieses selbst keinem kumulativen Verständnis der Forschungstätigkeit folgt – anders als bei quantitativen Studien, bei denen aus guten Gründen zunächst die Desiderate bestimmt, darauf aufbauende Forschungsmodelle und Hypothesen gebildet, die Methoden entwickelt und angewandt, und abschließend die Ergebnisse diskutiert werden. Mit der Entscheidung für einen ethnographischen Ansatz ist hingegen ein Forschungsverständnis verknüpft, das einem reflexiven Modell der Ausdifferenzierung von Fragestellung und Forschungsgegenständen entlang der fortlaufenden Verschränkung von einer praktischen (teilnehmenden) und einer wissenschaftlich-analytischen (beobachtenden) Erschließung des Forschungsfeldes folgt. Das was in quantitativen Studien das Analysemodell und die Forschungshypothesen bereits zu Beginn leisten, ist in dem notwendigerweise offeneren Erkenntnisprogramm der Ethnographie entsprechend nicht als Ausgangspunkt, sondern als Endpunkt der Forschungstätigkeit zu bestimmen.

Daher muss dieser einführende Text, um ein besseres Verständnis des inneren Zusammenhangs der einzelnen Texte und ihrer Einordnung in den aktuellen Forschungsstand zu leisten, erstens, das gemeinsame Bezugsproblem und die übergreifende Fragestellung der Studien entfalten und auch das analytische Modell darlegen, mit dem sich die Einzelbeiträge in ihrem Anteil an dieser Fragestellung einordnen lassen. Diese **konzeptionelle Rahmung** wird vor allem in den ersten drei Kapiteln dieses Rahmentextes geleistet. Kap 1 und 2 führen in die Bezugsproblematik und übergeordnete Fragestellung ein. In Kapitel 3 wird die praxisanalytische Gegenstandskonstitution der ‚Praktiken der Entwicklungsbeobachtung‘ in Abgrenzung zu anderen sozialtheoretischen Konzepten von ‚Beobachtung‘ eingeführt und diskutiert.

Eine zweite Leistung, die dieser rahmende Text zu erbringen hat, bezieht sich auf die Funktion dieser Dissertationsschrift als Qualifikationsarbeit. Hier dient der Rahmentext dazu, die Aspekte der vorgelegten Forschungsarbeit etwas ausführlicher zu diskutieren, die in den publizierten Texten, auf Grund ihrer begrenzten Zeichenzahl und der Fokussierung auf je bestimmte Forschungsdesiderata und -thesen, notwendigerweise zu kurz gekommen sind. Diese **ergänzende Rahmung** wird vor allem durch eine ausführliche Darstellung der Untersuchungsfelder in Kapitel 1, sowie der sozialtheoretischen Grundlagen der Studie (Kapitel 3, als auch in Bezug auf das grundlegende Verständnis ethnographischer Methodologie in Kapitel 4 geleistet.

Drittens sollen in diesem einführenden Text die einzelnen Artikel in ihrer Themenstellung vorgestellt und mit Blick auf das übergeordnete Thema hin eingeordnet und diskutiert werden. Diese **erläuternde Rahmung** bildet den Kern des Rahmentextes. Ein ausschließlich auf

methodisch-methodologische Fragen der Ethnographie fokussierender Text wird dabei in Kap 4 zur Methodik der Studie integriert, wohingegen alle weiteren methodologischen und empirischen Studien im eigenständigen Kapitel 5 dargelegt und diskutiert werden. Diese erläuternde Rahmung der vorgelegten Publikationen strukturiert sich dabei über eine analytische Dimensionalisierung der ‚Praktiken der Entwicklungsbeobachtung‘. Daher werden die im Kumulus zusammengestellten Studien auch nicht entlang der Chronologie der jeweiligen Publikationsdaten vorgestellt sondern entlang dieser metaanalytischen Strukturierung.

In Bezug auf die Publikationen, die in Ko-Autorenschaft erstellt wurden, werden zudem meine individuellen Leistungen an diesen Texten herausgestellt. Dass dies mit Blick auf die gemeinsam publizierten Texte jedoch nicht immer trennscharf möglich ist, hängt wiederum mit den Eigenheiten ethnographischer Forschung zusammen. Denn diese entfaltet ihre Stärke ja gerade nicht in der kunstgerechten Anwendung von klar definierten Analysemethoden auf einen bestimmten Datensatz, sondern in einer wechselseitigen Durchdringung von Theorie und Empirie (vgl. Kapitel 4), bei der nicht nur die Ko-Autoren als ‚Feldforschungsinstrumente‘ der Ethnographie fusionieren, sondern auch die gemeinsam entwickelte Dramaturgie der Darstellung von Forschungsergebnissen zum eigenständigen analytischen Schritt wird. Insofern sind ethnographische Texte, die in Ko-Autorenschaft entstehen, weniger als *additive* sondern vor allem als *kollaborative* ‚joint ventures‘ zu verstehen. Da in diesem Rahmentext die Einordnung aller vorgelegten Texte mit Blick auf die konzeptionellen Ausgangspunkte und das analytische Modell der ‚Praktiken der Entwicklungsbeobachtung‘ bezogen wird, ist bei einer Studie², bei der sich individuelle Leistungen nicht gut abgrenzen lassen, jedoch auch die hier vollzogene Darlegung und Diskussion der Texte vollständig als individuelle Leistung zu begreifen.

Der Kern des Rahmentextes stellt somit die Erläuterung der im Kumulus zusammengefassten Texte dar. Gleichwohl geht der Rahmentext über die Diskussion und Darstellung der eingereichten Publikationen hinaus. Und zwar indem viertens, zum Schluss, die Ergebnisse im Sinne einer übergreifenden Diskussion noch einmal gebündelt und zu einem Fazit formuliert werden. Diese **weiterführende Rahmung** wird in Kapitel 6 geleistet, in welchem die vorgelegten Forschungsergebnisse auf die Frage bezogen werden, in welcher Weise die herausgearbeiteten Praktiken der Entwicklungsbeobachtung zur Formierung von Entwicklungs-kindheit als einem Beobachtungsprojekt beitragen.

Anmerkungen zum Begriffs- und Zeichengebrauch:

Auf eine geschlechtergerechte Sprache im Sinne der jeweiligen Nennung von maskuliner und femininer Form wurde hier aus Gründen der Lesbarkeit verzichtet. Männliche wie weibliche Bezeichnungen werden abwechselnd benutzt, wobei sich gehäufte Nennungen der einen oder anderen Form aus Charakteristiken der jeweiligen Felder und in Bezug auf meine Rolle als Feldforscherin ergeben.

Doppelte Anführungszeichen werden hier eingesetzt um wörtliche Zitate zu markieren, einfache Anführungszeichen dahingegen um einen reflexiven Umgang mit dem verwendeten Begriff anzuzeigen.

² Bollig/Ott 2008

1. Die präventive Dauerbeobachtung von Kindern

Kontexte, Ausgangspunkte und Untersuchungsfelder der Studien

Bevor in die theoretisch-konzeptionelle Anlage und das methodisch-methodologische Forschungsdesign der hier versammelten Studien eingeführt wird, sollen im Sinne einer *konzeptionellen Rahmung* der Studien hier zunächst die Ausgangspunkte für die ethnographische Exploration der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen dargestellt werden.

Dazu wird in einem ersten Schritt das Feld der professionellen Beobachtung frühkindlicher Entwicklungsprozesse in seiner aktuellen Formierung dargestellt. Dabei ist von einem *heterogenen Feld der Entwicklungsdiagnostik* zu sprechen, da die Entwicklung von Kindern von diversen Berufsgruppen an unterschiedlichen Orten, mittels verschiedener Methoden und zu diversen Zwecken zum Beobachtungsgegenstand gemacht wird. Was all diese Maßnahmen jedoch eint ist, dass sie die Entwicklungsprozesse von Kindern gezielt und systematisch erfassen, beurteilen und einordnen, um auf der Basis dieses Wissens weiterführende Entscheidungen zu treffen. Sie operieren in diesem Sinne alle ‚entwicklungsdiagnostisch‘¹. Auch ein zweites Merkmal verbindet alle Verfahren miteinander: sie werden *an Kindern vollzogen* und stellen im individuellen Kinderleben somit eine Einheit an Entwicklungsüberprüfungen im Zeitraum von 0-5 Jahren dar, welche die Frage der Normalität der je individuellen Entwicklungsverläufe im biographischen Verlauf permanent präsent hält.

Diese Kontextualisierung der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen in einem umfassenderen Feld des Ausbaus entwicklungsdiagnostischer Maßnahmen dient dazu, das Diskursfeld aufzuzeigen, in welchem die Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen platziert sind und aus dem heraus der Bedeutungswandel aber auch die Besonderheiten der beiden kindermedizinischen Untersuchungen deutlich werden.

¹ Diese Operationen des Unterscheidens und Einordnens stehen im etymologischen Kern des Begriffes Diagnostik (griechisch διάγνωση, *diágnose*: die Durchforschung im Sinne von Unterscheidung, Entscheidung), daher benutze ich im Folgenden den Begriff der ‚Entwicklungsdiagnostik‘ als Oberbegriff für all diese Maßnahmen, auch wenn mir bewusst ist, dass in weiten Teilen von Medizin und Psychologie die Bezeichnung „Entwicklungsdiagnostik“ nur für bestimmte standardisierte/normierte und professionell abgesicherte Verfahren vorgesehen ist (vgl. z.B. Reuner und Pietz 2006). So spricht man in der Psychologie und der Medizin meist erst dann von Entwicklungsdiagnostik, wenn ein oder mehrere standardisierte psychometrische Verfahren (Entwicklungstests) zum Einsatz kommen (Quaiser-Pohl und Rindermann 2009).

1.1 Ausbreitung der Entwicklungsdiagnostik² – Zunahme an Befunden und Verfahren

Betrachtet man die Entwicklungschancen von Kindern im historischen Rückblick, so ist festzuhalten, dass Kinder aktuell in Deutschland sehr gute Bedingungen für ihre Entwicklung hin zu Erwachsenen vorfinden. Die Mortalitätsrate ist ausgesprochen gering, die Gesundheitsversorgung gut und vielfältige Angebote zur entwicklungsfördernden Begleitung ihres körperlichen, seelischen, sozialen und geistigen Aufwachsens stehen zur Verfügung. Innerhalb der Gesamtpopulation stellen die Kinder zudem die gesündeste Bevölkerungsgruppe dar (vgl. BMFSFJ 2009: 154). Dennoch ist die öffentliche Wahrnehmung zu den Entwicklungschancen von Kindern von einem deutlichen Problembewusstsein geprägt. Denn, darauf weisen die in regelmäßigen Abständen publizierten Statistiken zum Entwicklungsstatus von Kindern auf nationaler und internationaler Ebene hin: immer mehr Kinder scheinen in ihrer Entwicklung beeinträchtigt oder gefährdet zu sein und dies offensichtlich mit steigender Tendenz (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen SVR 2009).

So verzeichnet beispielsweise der zuletzt in Hessen vorgelegte Kindergesundheitsbericht (Hessisches Sozialministerium (HSM) 2006) für 2005 einen Anstieg von Entwicklungsauffälligkeiten sowohl im Bereich der Sprachstörungen (14,6% der Kinder im Vergleich zu 1998: 11,2%), der motorischen Koordinationsstörungen (2005: 9,5% - 1998: 7%) und der Verhaltensauffälligkeiten (2005: 6,2% - 1998: 4,6%). Auch das Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt (2012) weist auf Basis der Daten der Schuleingangsuntersuchungen von 2002-2011 die Zahl der Kinder mit mindestens einer Entwicklungsauffälligkeit als ansteigend aus. So wurden 2008 in den schulärztlichen Untersuchungen bei jedem fünften Kind (20,5% der Untersuchungsgruppe von 1075 Kindern) eine nichtaltersgerechte Entwicklung der sprachlichen, neuromotorischen, perzeptiven, kognitiven, sozialen und oder psychischen Fähigkeiten festgestellt und dokumentiert. 2011 wurde dies bereits bei 30,2% der Kinder festgehalten. In einzelnen Entwicklungsbereichen zeigt sich diese steigende Tendenz an festgestellten Auffälligkeiten dabei besonders deutlich, so z.B. der Sprachentwicklung (2002: 12,3% – 2008: 13,6%– 2011: 21,5%). Dieser hier für Hessen und Frankfurt kurz referierte Trend korrespondiert mit weiteren Berichten und Studien, die ebenfalls hohe Auffälligkeitsraten belegen, wobei jedoch die Befunde aufgrund unterschiedlicher Konzepte und Methoden beträchtlich variieren (vgl. Werning und Reiser 2002; Petermann und Macha 2005).

Diese Uneinheitlichkeit der Untersuchungsergebnisse hängt auch mit der Verwendung entwicklungsbezogener Klassifikationen zusammen. Im alltäglichen Sprachgebrauch ist zwar zumeist von ‚Entwicklungsstörungen‘ die Rede, obwohl sich die Befunde nur zum Teil auf die standardisierte Klassifikation „umschriebener Entwicklungsstörungen“ (F 80-F89 im ICD-10, WHO 2010) beziehen. Für diese im Internationalen Klassifikationssystem für Diagnosen (ICD - 10) definierte Diagnosegruppe gilt, dass es sich um ausnahmslos in der frühen Kindheit auftretende und eng mit der biologischen Reifung des zentralen Nervensystems verknüpfte Störungen handelt, die dauerhaft sind und nicht durch die allgemeine Intelligenz, mangelnde Förderung oder bestehende psychische Störungen erklärt werden können.³ Die Prävalenz

² Den Ausdruck der ‚Ausbreitung‘ entwicklungsdiagnostischer Maßnahmen habe ich einem gleichnamigen Artikel von Anja Tervooren (2010) entnommen.

³ Die unter den Codes F 80-F89 klassifizierten „umschriebenen Entwicklungsstörungen“ werden dabei im ICD-10 noch einmal in umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen, des Sprechens und der Sprache sowie der schulischen Fertigkeiten ausdifferenziert.

(Häufigkeitsrate) dieser umschriebenen Entwicklungsstörungen im Kindesalter wird für den deutschsprachigen Raum aktuell bei ca. 13% (Esser und Wyschkon 2011) angegeben.

Da sich die Störungsklassifikationen des ICD-10 jedoch vor allem auf dauerhafte Störungen und deren Symptomgruppen beziehen, bilden sie für den frühkindlichen Bereich oft nicht die geeignete Beschreibungsmöglichkeit (vgl. Haffner et al. 2002; Petermann und Macha 2005). Die Entwicklungsüberprüfungen bei sehr jungen Kindern zielen insbesondere auch auf die frühzeitige Erkennung von Anzeichen für eine mögliche Störung, um deren weitere Ausbildung zu vermeiden. Entsprechend werden in den Schuleingangsuntersuchungen und anderen standardisierten Entwicklungsüberprüfungen zumeist auch auffällige Befunde mit einbezogen, die selbst noch keine Pathologie beschreiben, allerdings Hinweise für möglicherweise entstehende Entwicklungsstörungen geben – und damit vor allem den Bedarf für eine frühe Förderung anzeigen. Diese Befunde werden zumeist als *Entwicklungsauffälligkeiten* oder *Entwicklungsabweichungen* benannt (vgl. Straßburg 2008), auch wenn hier der Sprachgebrauch innerhalb und zwischen den verschiedenen pädagogisch-psychologischen und medizinischen Professionen deutlich variiert (vgl. Flender 2005; Werning und Reiser 2002).

Im medizinischen Bereich spricht man z.B. in aller Regel dann von einer *Entwicklungsauffälligkeit*, wenn eine oder mehrere bestimmte Fähigkeiten, z. B. etwa das Laufen oder Sprechen, nicht in der Zeitspanne erreicht werden, in der 90-95% aller Kinder dies erreicht und erlernt haben. Um solche Entwicklungsauffälligkeiten zu erfassen kommen häufig standardisierte und normierte Kurztests, die sogenannten Screenings, zum Einsatz, welche auch ‚grenzwertige‘ Normabweichungen registrieren um die Aufmerksamkeit bereits präventiv auf diesen Bereich auszurichten.⁴ Auch der genannte Befund der hessischen Schuleingangsuntersuchungen bezieht solche Entwicklungsauffälligkeiten mit ein, wobei deren Häufigkeit – 20,5% der Kinder, die keine altersgerechte Entwicklung zeigen – auf einer Linie mit den Schätzungen für den gesamtdeutschen Raum liegen. Auf der Basis von eher kleineren epidemiologischen und entwicklungspsychologischen Untersuchungen schätzen Experten entsprechend, dass mindestens jedes fünfte (Flender 2005), wahrscheinlich eher jedes vierte (Tröster und Reineke 2007) oder sogar dritte Kind (Kuschel et al. 2008; Heckler-Schell 2011) in Bezug auf Entwicklungs- und Verhaltensstörungen als gefährdet gelten kann.

Dabei werden diese Schätzungen nicht allein aufgrund tendenziell bestätigender Einzelstudien und regionaler Statistiken als hochgradig plausibel anerkannt, sondern auch, weil sie sich mit der Erfahrung von Praktikern decken. So klagen Erzieherinnen über hohe Belastungen durch den steigenden Prozentsatz von Kindern mit (vor allem verhaltensbezogenen) Entwicklungsauffälligkeiten und entsprechendem Förderbedarf (vgl. Agi, Hennemann und Hillenbrand 2010). Auch Grundschulpädagogen heben schon seit langem die wachsende Zahl von ‚Problemkindern‘ hervor (vgl. Opp, Hebig und Speck-Hamdan 1999; Esch 2010). Für den kindermedizinischen Bereich weist eine Berliner Studie nach, dass die Gruppe der Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, Teilleistungsstörungen und Auffälligkeiten des Sozialverhaltens in kinderärztlichen Praxen mittlerweile den gleichen zeitlichen Aufwand beansprucht, wie die Gruppe der Kinder mit somatischen Akuterkrankungen (vgl. Fegeler 2005). Dies macht sich auch in den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U1-U9) bemerkbar, bei denen ein gestiegener Bedarf an differenzierter Entwicklungsdiagnostik berichtet wird (vgl. Kratzsch 2000).

⁴ Straßburg, Dachender und Kress (2008: 13f.) charakterisieren ‚Entwicklungsauffälligkeit‘ entsprechend als einen übergeordneten Begriff, der sich von diagnostischen Klassifikationen vor allem auch dadurch unterscheidet, dass er keine Prognosen zulässt.

1.1.1 Ausbau der entwicklungsbezogenen Dauerbeobachtung: die epidemiologische Ebene

Mit der Zunahme von Entwicklungsauffälligkeiten ist ein Ausbau der ‚Dauerbeobachtung‘ kindlicher Entwicklungsprozesse verknüpft, der darauf zielt, auf der individuellen und epidemiologischen Ebene valides Wissen zu gefährdeten Entwicklungsverläufen von Kindern zu liefern, um darauf aufbauend passgenaue Maßnahmen der frühzeitigen Bearbeitung von Entwicklungsgefährdungen zum Einsatz bringen zu können. Dies kann auf der individuellen Ebene als Förderung bzw. Therapie von einzelnen Kindern oder aber auf der epidemiologischen Ebene als Planung und Sicherstellung dieser Angebote, bzw. dem Ausbau geeigneter Public Health-Strategien, realisiert werden (vgl. Thyen 2007).

Die *epidemiologische Ebene* dieser Dauerbeobachtung ist durch Bemühungen zur Etablierung eines dauerhaften und repräsentativen Berichtswesens zur Gesundheit und Entwicklung von Kindern gekennzeichnet. Zwar haben alle Bundesländer seit den 1990er Jahren Landesgesetze für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) verabschiedet, welche die Länder zu einer regelmäßigen Erarbeitung von Gesundheitsberichten verpflichten (vgl. Riedmann 2000). Diese werden auch im überwiegenden Teil als dezidierte Kindergesundheitsberichte vorgelegt (expl. NRW 2002; Hessen (HSM) 2006; Hamburg (BSG) 2007)⁵. Die Daten der Kindergesundheitsberichte basieren jedoch nahezu ausschließlich auf den gesetzlich festgelegten Schuleingangsuntersuchungen. Sie liefern als bisher einzig verpflichtende Gesundheitsuntersuchung im Lebensverlauf, quasi nebenbei gesundheitsbezogene Daten für eine gesamte Alterskohorte innerhalb der Bevölkerung: die der 5-6jährigen Einschüler.

Da aufgrund der föderalistischen Struktur des Gesundheitswesens die konkrete Durchführung der Einschulungsuntersuchungen allerdings den einzelnen Gesundheitsämtern obliegt und eine Standardisierung der Untersuchungen bisher maximal auf Landesebene realisiert werden konnte, entbehren diese Ländergesundheitsberichte auf der nationalen Ebene weitestgehend den Kriterien von Vergleichbarkeit und Repräsentativität (vgl. Kelle 2008). Um dem „vorhandenen Datenmix aus Mortalitätsstatistiken, Krankenhausdaten, wissenschaftlichen Studien, kleinräumigen regionalen Untersuchungen oder Studienergebnissen aus anderen Ländern“ (Thyen 2007) auf dem auch der erste nationale Kindergesundheitsbericht aus dem Jahr 2004 (vgl. Robert Koch-Institut 2004) basierte, mit einer repräsentativen Befragungs- und Untersuchungsstudie zu begegnen, wurde daher 2003 erstmalig ein bundesweiter „Kinder- und Jugendgesundheitssurvey“ (KIGGS) durchgeführt (vgl. Robert-Koch-Institut 2007; Hölling, Schlack et. al. 2012). Dieser sollte nicht nur eine Aufklärung über den gesundheitlichen Zustand von Kindern erbringen, sondern auch die Messdaten, die z.B. in Bezug auf die körperliche Entwicklung, Normalitätsmaßstäbe zu begründen helfen. Dieser Survey wird nun in einer zweiten Welle von 2013-2015 fortgeführt; entsprechend wird er als Startschuss für eine nationale Dauerbeobachtung der Entwicklungs- und Gesundheitslage von Kindern verstanden.⁶

⁵ Sie stellen in den Termini der Gesundheitsberichterstattung somit ‚themenorientierte Spezialberichte‘ oder ‚Bereichsberichte‘ dar (vgl. Trojan 2000).

⁶ Die Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (BMFSFJ 2009), der unter dem Leitthema Gesundheit stand, forderte bereits die Bundesregierung auf, die notwendigen Ressourcen für ein nationales Gesundheitsmonitoring bereitzustellen, das sich an internationalen Indikatoren und Klassifikationssystemen orientiert.

1.1.2 Ausbau der entwicklungsbezogenen Dauerbeobachtung von Kindern: die individuelle Ebene

Die *epidemiologische Dauerbeobachtung* von Kindern ist entsprechend durch die Heterogenität der verschiedenen Berichtssysteme geprägt und ein einheitliches nationales Monitoring noch im Aufbau. Auf der *individuellen Ebene* jedoch hat sich längst eine *Dauerbeobachtung* des Entwicklungsverlaufes von Kindern durchgesetzt. Im Verlauf der ersten fünf bis sechs Lebensjahre eines durchschnittlichen Kindes, wird dessen Entwicklung zu vielen Zeiten und an vielen Orten beobachtet und ‚auf den Prüfstand‘ gestellt. Diese Ausbaubemühungen zeigen sich übergreifend sowohl in medizinischen, als auch in pädagogischen und sozialpädagogischen Feldern. Im Folgenden wird zunächst auf neu entwickelte und ausgebaute Formen der Entwicklungsbeobachtung eingegangen, bevor im Anschluss daran referiert wird, welchen Bedeutungswandel die hier im Fokus stehenden Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen in diesem Kontext erfahren haben.

Vor allem in den Kindertageseinrichtungen sind die Beobachtungen kindlicher Entwicklungs- und Bildungsprozesse in den letzten Jahren deutlich intensiviert worden. Zwar hat die gezielte Beobachtung von Kindern – von ihren Verhaltensweisen, Vergemeinschaftungsformen und Entwicklungs- und Lernprozessen – in pädagogischen Zusammenhängen schon immer zum Kernbestand professioneller Tätigkeiten gehört (vgl. Beck und Scholz 1995; Martin und Wawrinowski 2006; Heinzel 2012); auch weil die gezielte Beobachtung der Kinder schon früh dazu diente, pädagogische und wissenschaftliche Erkenntnisinteressen zu vermitteln (vgl. Thole 2010; Eßer 2011). Die mit der Forcierung des Bildungsauftrags von Kindertageseinrichtungen seit der Jahrtausendwende stattfindende „bildungsorientierte Umdefinition der Institution und ihres Klientels“ (Schulz und Cloos 2011), hat jedoch besonders in den letzten 15 Jahren einen regelrechten ‚Beobachtungs-Boom‘ im Elementarbereich ausgelöst. Seit der Einführung der landesbezogenen Bildungspläne für den Elementarbereich (vgl. Diskowski 2009) ist die Beobachtung und Dokumentation der individuellen Entwicklungsfortschritte der Kinder als dauerhafte Aufgabe der Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen kodifiziert, wobei die konkrete Ausgestaltung der Beobachtungen den einzelnen Kindertageseinrichtungen obliegt.

Mit dieser in den Bildungsplänen dokumentierten zentralen Stellung von Beobachtung und Dokumentation als pädagogisches Handwerkszeug in der professionellen frühpädagogischen Arbeit sind allerdings auch multiple Aufgabenzuweisungen verbunden: es geht um die Identifizierung von Entwicklungsrisiken die auf Frühförderung verweisen; um das Verstehen individueller Lern- und Entwicklungsverläufe die individuelle Curricula und in Bezug auf die Kindergruppe Projektarbeit anleiten sollen; aber auch um die entwicklungsbezogene Kooperation mit Eltern und mit anderen Fachdiensten (vgl. Schulz und Cloos 2011). Mit diesen differierten Aufgaben sind konzeptionell auch jeweils andere Beobachtungsformate verbunden; bspw. werden Entwicklungstests und Screenings für die Erfassung des Entwicklungsstands der Kinder eingesetzt (bspw. Beller und Beller 2010) und prozessorientierte, freie Beobachtungen (vgl. Schäfer und Staeger 2010) um die Fachkräfte für die eigensinnigen Bildungsaktivitäten der Kinder zu sensibilisieren. In vielen Kindertageseinrichtungen werden die Beobachtungen jedoch vor allem als Grundlage der zumeist jährlich durchgeführten Entwicklungsgespräche mit Eltern verstanden, zu deren Vorbereitung dann häufig noch speziell für den frühpädagogischen Bereich entwickelte Kurztestverfahren (expl. DESK 3-6 Tröster, Flender und Reineke 2004; EBD 4-48 Petermann, Petermann und Koglin 2008) oder andere standardisierte Überprüfungen des Entwicklungsstands hinzugezogen werden. Immer mehr Kinder-

tageseinrichtungen kooperieren mittlerweile auch eng mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendmediziner:innen. Anlässlich der Kindervorsorgeuntersuchungen U8 und U9 geben sie dazu über die Eltern spezielle Dokumentationsbögen zu ihren Beobachtungen von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten von den einzelnen Kindern weiter (vgl. die in NRW weit verbreiteten ‚Vorsorgebögen‘ - Maier, Horacek und Weinrich 2002). Aufgrund der multiplen Aufgabenzuweisungen an die Beobachtung der Kinder in Kindertageseinrichtungen hat sich in den letzten Jahren somit ein enormes Angebot an entwicklungs-, lern- und bildungsbezogenen Beobachtungsverfahren unterschiedlichster Provenienz entwickelt, die für den Einsatz in Kindertageseinrichtungen angeboten werden.

Neben diesen pädagogischen Entwicklungsbeobachtungen wurden seit 2006 zudem in allen Bundesländern außer Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen *Sprachstandserhebungen* zu den Deutschkenntnissen der 4-6jährigen Vorschulkinder etabliert (vgl. Lisker 2010). Diese Überprüfungen fokussieren die Sprachkenntnisse und -fähigkeiten der Vorschulkinder, und zielen als Screenings darauf, die ‚auffälligen Kinder‘ möglichst früh zu identifizieren um entsprechende Fördermaßnahmen anbieten zu können (bspw. die so genannten Vorläuferkurse). Auch hier variiert die Form der Überprüfung (und auch der anschließenden Förderung) von Bundesland zu Bundesland enorm (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2010, 2012).⁷ Zum Teil werden diese Sprachstandserhebungen rechtlich als vorverlegte Schuleingangsuntersuchungen gerahmt, um die Teilnahme an ihnen verpflichtend ausgestalten zu können (vgl. Lisker 2010).

Zielen bereits die Sprachstandserhebungen auf eine frühzeitige Vorbereitung für den Übergang zur Grundschule, so intensivieren sich die entwicklungsüberprüfenden Maßnahmen im Jahr vor der Einschulung noch einmal deutlich. Mit der Schulanmeldung der schulpflichtigen Kinder (meist 8-10 Monate vor dem konkreten Einschulungstermin) werden die entwicklungsbezogenen Voraussetzungen für den Schuleintritt mittels pädagogisch-psychologisch orientierten Einschulungsdiagnostiken erfasst (vgl. Kammermeyer 2000; Kelle und Schweda i.Ersch.). Zu den bekannten Instrumenten dieser durch die Grundschulen durchgeführten *pädagogischen Schuleingangsdiagnostik* gehören zum Beispiel das verbreitete Kieler Einschulungsverfahren (Fröse 1998) bzw. das in Rheinland-Pfalz eingeführte Mainzer Einschulungsspiel (IfB 2006), welches bereits in Kooperation von Kindertageseinrichtung und Grundschule durchgeführt werden soll. Zudem kommen vielfältige informelle schuleingangsdiagnostische Verfahren zum Einsatz, welche die Lehrkollegien über die Jahre modifiziert und für ihre Bedürfnisse angepasst haben (vgl. Kelle, Ott und Schweda 2012). Die Lehrkräfte überprüfen die Kinder dabei sowohl einzeln als auch im Zuge der sogenannten Schnupper- oder Besuchstage im Gruppenverband. Da diese pädagogischen Schuleingangsdiagnostiken immer früher zum Einsatz kommen sollen, um entsprechende Fördermaßnahmen rechtzeitig vor Beginn der Beschulung einsetzen zu lassen, wurden die Schulanmeldungen dabei in einigen Bundesländern (bspw. Hessen) vorverlegt.

Diese neueren entwicklungsdiagnostischen Maßnahmen haben ihren Bezugspunkt dabei (zumindest auch) im mehr oder weniger nah anstehenden Eintritt in die Schule. Zur Dauerbeobachtung der Kinder gehören aber auch jene entwicklungsdiagnostischen Aktivitäten,

⁷ Für 2010 berichteten die Autoren von insgesamt 17 verschiedenen Erhebungsverfahren, die deutschlandweit zum Einsatz kommen. Entsprechend dieser Vielfalt an Methoden unterscheiden sich auch die Befunde enorm. Laut nationalem Bildungsbericht variierte der Anteil der Kinder mit diagnostiziertem Förderbedarf im Jahr 2009 zwischen knapp 13% in Baden-Württemberg, Niedersachsen, Saarland und 53% in der Stadt Bremen (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2010).

welche von der Geburt, als krisenhaftem Ereignis für Kinder und ihre Eltern, ihren Ausgang nehmen. Diese Perspektive kennzeichnet vor allem den Ausbau von Entwicklungsbeobachtungen in medizinischen und sozialpädagogischen Feldern.

Hierzu gehören zum Beispiel die bereits bestehenden Formen der Nachsorge durch Hebammen, auf die Frauen in den ersten Wochen nach der Geburt Anspruch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung haben. Konzeptionell bezieht sich dieses Angebot sowohl auf das Wohlergehen der Kinder als auch das der Frauen. Elementarer Bestandteil dieser Nachsorge ist jedoch die Überprüfung der kindlichen Entwicklung, bspw. in Form von Wachstumskontrollen. Aufgrund ihrer hohen Akzeptanz bei Familien ist diese Hebammennachsorge als aufsuchende Hilfe auch in den Fokus der seit Mitte der 2000er Jahre entwickelten „Frühen Hilfen“ gerückt, welche seitdem gezielt gefördert werden und mit dem Bundeskinderschutzgesetz 2012 auch rechtlich verankert wurden. Die heterogenen Maßnahmen, die sich unter diesem Label zusammenfassen, richten sich auf das ‚System Familie‘ und verknüpfen regelmäßige Entwicklungsüberprüfungen der Kinder mit der Beratung, Unterstützung – aber auch Kontrolle – der Eltern im häuslichen Umfeld (vgl. Sann 2010). Zielen die ‚Frühen Hilfen‘ darauf, Eltern von Anfang an in Bezug auf die gesunde Entwicklung ihrer Kinder zu unterstützen und somit für alle Kinder „eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen und Gefährdungen zu reduzieren“ (Paul 2012: 6), so richten sich jedoch nicht alle „Frühen Hilfen“ an *alle* Familien und Kinder. Die sogenannten „Familienhebammen“, die anders als die ‚normalen Hebammen‘ bis zum Ende des ersten Lebensjahrs Familien unterstützen und begleiten können, stehen nur jenen Familien zu, für die ein besonderer Bedarf markiert wird.

Im Sinne einer selektiven Präventionsstrategie im Kontext des Kinderschutzes werden diese und andere Angebote der Frühen Hilfen daher zumeist in Bezug auf Familien aktiviert, die als ‚risikobehaftet‘ und damit letztlich auch als Gefahr für das Wohlergehen ihres Kindes eingestuft wurden. Familiäre Belastungsfaktoren, wie z.B. niedriges Bildungsniveau und eine schlechte materielle Versorgung, frühe oder unerwünschte Elternschaft, Partnerprobleme, Alleinerziehendenstatus, mangelnde soziale Unterstützungsnetzwerke und auch psychische Störungen eines Elternteils, werden auf der Basis von Längsschnittstudien⁸ dabei als diejenigen Risikofaktoren ausgemacht, welche die Wahrscheinlichkeit einer „frühkindlichen Deprivation“ in den Familien erhöhen (Klein 2002: 14). Eltern, die diese Merkmale ‚aufweisen‘, werden in vielen Kommunen bereits in den Geburtskliniken (oder schon während der Schwangerenvorsorge) mit routinemäßig durchgeführten Screenings ermittelt, damit präventive Maßnahmen ansetzen können, bevor Kinderärzte oder Erzieherinnen Hinweise auf eine Gefährdung des Kindeswohls feststellen.⁹

Dabei fokussieren die einzelnen unter „Frühe Hilfen“ subsumierten Maßnahmen unterschiedliche Aspekte in Bezug auf die gesunde Entwicklung von Kindern, was nicht nur an den Maßnahmen selbst, sondern auch an der professionellen Verortung der Akteure liegt, die sie durchführen. So zeigen Eisentraut und Turba (2013), dass die Familienhebammen in ihren

⁸ Barquero und Geier (2008) sprechen in ihrem Überblick zur aktuellen Forschungslage zu „Risikokindern“ entsprechend davon, dass das elterliche Erziehungsverhalten ein „gut dokumentierter Risikofaktor“ (ebd. 127) für Entwicklungs- und Verhaltensstörungen ist; vgl. dazu auch die Mannheimer Risikostudie (Laucht 2000).

⁹ Als besonders wichtig wird daher die Kooperation von Gesundheitssystem, Kinder- und Jugendhilfe, Schwangerenberatung aber auch der Familiengerichte und der Polizei angesehen. Dies soll zum einen sicherstellen, dass ‚kein Kind durchs Netz fällt‘ und andererseits aber auch dazu beitragen, dass umfassende Förderansätze institutionenübergreifend realisiert werden können. Hierzu wurden bereits mit der Novellierung des §8a SGB VIII (KJHG) im Jahr 2009 die rechtlichen Grundlagen für den kindbezogenen Austausch und die Kooperation zwischen diesen Unterstützungssystemen geschaffen.

Aufgabendefinition stärker auf eine „Normalisierung von Kindern“ zielen, und entsprechend „einer hebammentypischen Entwicklungslogik“ (ebd.: 95) folgen, wohingegen die Fachkräfte von sozialpädagogischen Familienhilfen stärker auf die Normierung von Eltern fokussieren und entsprechend einer für die Sozialpädagogik typischen „Abweichungslogik“ (ebd.) folgen. In beiden Fällen realisiert sich hier jedoch eine Dauerbeobachtung (bestimmter) Kinder, in der sich die professionelle Überprüfung der Entwicklung der Kinder mit einem staatlichen Kontrollinteresse verbindet. Eingeführt wurden die Frühen Hilfen dabei im Kontext der tragischen Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, die die öffentliche Debatte in den 2000er Jahren bewegt hat. Im Zuge dieser Fälle wurde konstatiert, dass die bisherigen Maßnahmen zum Kinderschutz durch die bestehenden Formen der infrastrukturellen Entwicklungsüberprüfungen auf der einen Seite und der fallbezogenen Einschaltung der Kinderfürsorge auf der anderen Seite nicht ausreichend funktioniert haben. Dies wurde rasch als politischer Handlungsbedarf aufgegriffen (vgl. Meysen, Schönecker und Kindler 2009, Rose 2012, für ähnliche Entwicklungen in Holland Dekker 2009, in Großbritannien Parton 2008, in den USA Nybell 2001).

Der hier skizzierte Ausbau entwicklungsdiagnostischer Maßnahmen ist also auf drei Fluchtpunkte bezogen, die alle mit der Frage nach der optimalen Entwicklung von Kindern verknüpft sind: Erstens die Frage der *frühen Bildung*, dann die Frage des *Kinderschutzes* und drittens die Frage nach der *Früherkennung von Krankheiten*, Störungen und Auffälligkeiten, die die Entwicklungsprozesse der Kinder beeinflussen, hemmen oder gar unwiderruflich stören und beeinträchtigen können (vgl. Robert, Pfeifer und Dröbner 2011). Konzeptionell sind diese drei Bezugspunkte als elementare Bestandteile des Entwicklungskonzeptes selbst zu verstehen, da dieses Konzept biologische, medizinische, soziale und psychische Komponenten integriert. Die individuellen Entwicklungsverläufe einzelner Kinder werden dabei sowohl in Bezug zu bio-genetischen Anlagen, Gesundheit, Bildungs-, Lern- und Sozialisationsprozessen als auch mit Blick auf das körperliche wie psychisch-soziale Wohlergehen erklärt (vgl. Büttner 2002).

1.2 Die präventive Dynamik des Ausbaus I: Verschränkung von Blickachsen und Motiven der Beobachtung

Wie man an den historischen Studien zur Geschichte der professionellen Entwicklungsbeobachtung von Depaepe (1993), Tervooren (2008), Turmel (2008a) Kelle (2009) und Eßer (2011) zeigen kann, waren die mit Beginn der sozialstaatlichen ‚Entdeckung der Kindheit‘ im 19. und 20. Jahrhundert einsetzenden systematischen Überprüfungen kindlicher Entwicklungsprozesse bereits auch von Anfang an auf diese drei Felder sozialstaatlicher Intervention bezogen. Im Zuge der Bearbeitung der damaligen sozialen Folgen der Industrialisierung, hier vor allem die urbane Verelendung und Kindersterblichkeit, und einer Neuausrichtung staatlicher Interventionen auf die Herstellung von geeigneten Arbeitskräften, erlangten solche Formen der Entwicklungsbeobachtung dabei sowohl in Bezug auf *Hygiene*, *Kinderschutz*, die *Differenzierung von unterschiedlich bildsamen Kindern* und die *Rationalisierung pädagogischer Maßnahmen* an Gewicht – und formten gemeinsam mit den Beobachtungen von Kindern durch ihre Väter (vgl. Schmid 2001) und der beginnenden Experimentalforschung, auch die Wissensbestände der sich ausdifferenzierenden eigenständigen Kinderwissenschaften in Pädagogik, Psychologie und Medizin (vgl. Dekker 2009; Turmel 2008a). Zu solchen frühen Formen der Entwicklungsbeobachtung gehörten medizinische Säuglingsuntersuchungen (vgl. Fehleemann 2009), sowie die bereits Ende des 19. Jahrhunderts eingeführten Reihenuntersu-

chungen der Einschüler (vgl. Stroß 2008), aber auch die eher entwicklungspsychologisch und (sozial)pädagogisch motivierten Beobachtungen in Kindergärten und Schulen.

Wie die hier für den deutschen Kontext nachgezeichneten Entwicklungen der letzten 10-15 Jahre jedoch gut dokumentieren, haben sich die professionellen Entwicklungsdiagnostiken im historischen Verlauf jedoch nicht nur mit Blick auf die Konzepte von Entwicklung und Gesundheit verändert, die diesen professionellen Beobachtungsformen zu Grunde liegen (vgl. Lachmund 1987; Honig 1999; Hungerland 2003). Vielmehr zeigen sie insgesamt eine Dynamik auf, die auf *immer mehr* Überprüfungen zuläuft, die zudem *immer früher* stattfinden sollen (vgl. Kelle 2009).¹⁰ Eine maßgebliche Veränderung in der Entwicklungsbeobachtung von Kindern lässt sich daher in der immer stärkeren *präventiven Ausrichtung* dieser Maßnahmen ausmachen, die zwar von einer Früherkennungslogik her gedacht sind, sich aber tendenziell mit Blick auf eine allgemeine Optimierung von Entwicklungschancen verschieben. Entsprechend macht sich der Aus- und Umbau des entwicklungsdiagnostischen Feldes auch nicht nur an der Vielfalt neu entwickelter Beobachtungsformate fest. Auch die schon länger etablierten Formen der Entwicklungsbeobachtung, wie die hier im Fokus stehenden Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen, haben im Kontext dieser Expansion einen Bedeutungs- und Funktionswandel erfahren.

1.3 Bedeutungswandel der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen: Vorstellung der Untersuchungsfelder

Gegenüber den anderen hier genannten Formaten der Entwicklungsbeobachtung zeichnen sich die Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen dadurch aus, dass sie als medizinische Früherkennungsuntersuchungen dem Gesundheitssystem zugeordnet sind (vgl. Allhoff und Weidtmann 2000). Die Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9 werden als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen zumeist in niedergelassenen Kinderarzt- oder Hausarztpraxen durchgeführt. Die Schuleingangsuntersuchungen dagegen sind Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD); sie liegen in der Verantwortung der kommunalen Gesundheitsbehörden und werden von den sogenannten ‚Schulärzten‘ durchgeführt. Beide Untersuchungen haben im Kontext der bereits dargestellten ‚Ausbreitung von Entwicklungsdiagnostiken‘ einen Funktionswandel erfahren, der im Folgenden skizziert wird.

1.3.1 Schuleingangsuntersuchungen: Entwicklungsdiagnostik zwischen Epidemiologie und Schulbezug

Die Schuleingangsuntersuchung (SEU) ist eine (im ‚Normalfall‘) einmalige Untersuchung der schulpflichtig werdenden Kinder und findet in aller Regel im letzten Jahr vor der Einschulung statt. Die Schuleingangsuntersuchung ist eine Pflichtuntersuchung, die sowohl in den landesbezogenen Gesundheitsschutzgesetzen als auch in den Landes-Schulgesetzen festgeschrieben ist. Die Durchführung der SEU erfolgt über die unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter) und findet in den Räumen des Gesundheitsamtes oder in den Schulen statt. Neben der Erhebung von Vorsorge- und Impfstatus und dem allgemeinen Gesund-

¹⁰ In diesem Zusammenhang ist auch der private Markt an entwicklungs- und verhaltensbezogenen Beobachtungsformaten für den familialen Hausgebrauch zu erwähnen, der zwar bereits Vorläufer in der Geschichte hat, bspw. „Health Booklets“ (Rollet 2003) und „Vatertagebücher“ (Schmid 2001), jedoch in den letzten Jahren eine eindeutige Dynamisierung erfahren hat. Zu solchen häuslichen Beobachtungsformaten für die Entwicklung von Kindern gehören die vielfältigen Informationsmaterialien und Entwicklungstabellarien, die von Gesundheitsbehörden, Kinderärzten und Unternehmen ausgegeben werden, aber auch kleinere Entwicklungstests, die von den Eltern eigenständig durchgeführt werden können (vgl. für den amerikanischen Markt Marx und Steeves 2010).

heitszustand überprüfen die Mitarbeiter des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter (in aller Regel im Team aus einer ‚Schulärztin‘ und eine sozialmedizinische Assistentin)¹¹, in den Schuleingangsuntersuchungen vor allem auch die körperlichen und kognitiven Voraussetzungen für schulrelevante Fertigkeiten. In vielen Bundesländern werden dazu standardisierte Entwicklungs-Screenings, wie z.B. das S-ENS (Hessen, Thüringen) oder das SOPESS (NRW) eingesetzt.

Werden die Schuleingangsuntersuchungen von Kindern und ihren Familien zumeist auch in diesem Schulbezug wahrgenommen, so zeichnen sie sich doch durch eine multiple Funktionsbestimmung aus: Sie erfüllen als Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sowohl schulbezogene, epidemiologische, individualmedizinische als auch sozialkompensatorische Aufgaben. Dabei ist, wie Weßling (2000) an einem kursorischen Überblick über den Wandel der Schuleingangsuntersuchungen von ihrer Einführung im 19. Jahrhundert bis zu Beginn der 2000er Jahre aufzeigt, diese multiple Funktionsbestimmung bereits von Anfang an ein Charakteristikum der Schuleingangsuntersuchungen gewesen, auch wenn die Gewichtung der einzelnen Funktionen und ihre jeweilige Konkretisierung über den Zeitverlauf deutlichen Veränderungen unterworfen war.

Wie Deres (2001) und Stroß (2008) für die „Erfindung von Schulärzten im 19. Jahrhundert“ (Stroß 2008) aufzeigen, richteten sich die Aufgaben der Schulärzte dabei zunächst auf die bereits eingeschulten Kinder. Ihnen oblag in den ersten Schuljahren der Kinder die Aufgabe „alle Schüler in regelmäßigen zeitlichen Abständen zu untersuchen, einen Gesundheitsbogen anzulegen und auf Grund ihrer Ergebnisse den Lehrern Hinweise für die besondere Berücksichtigung der als krank oder körperlich eingeschränkt erkannten Schüler zu geben“ (Deres 2001: 9). Die Einführung der Schulärzte stand dabei in der zeitgenössischen Debatte um die gesundheitsschädlichen Einflüsse der Schule (ungenügende hygienische Bedingungen, schlechte Schulbänke, etc.), setzte den Fokus jedoch auf die „individuelle Hygiene des Schulkindes, das durch schulische wie auch außerschulische Einflüsse in seiner Gesundheit gefährdet war“ (ebd.). Gleichzeitig wurde jedoch von Anfang an die epidemiologische Bedeutung der Schulärzte hervorgehoben, ermöglichten deren Reihenuntersuchungen „neue Möglichkeiten der Überwachung, denn der Schularzt sollte durch Mitteilung an die entsprechenden Kontrollinstitutionen zur Ermittlung und Unterdrückung bisher unbemerkter Infektionsherde beitragen und damit die öffentliche Gesundheitspflege wesentlich unterstützen“ (ebd.).

Gehörte also die Eingangsuntersuchung der Schüler bereits von Anfang an zu einer der Kernaufgaben der Schulärzte an den Volksschulen, so fand die Untersuchung dabei zunächst *nach* der Einschulung statt (vgl. Knörzer, Schumacher und Grass 2007). So genannte „nicht-bildsamen Schüler“ wurden zwar bereits früh selektiert (Weßling 2000), doch erst im Zuge der zunehmenden Frage nach der Passung von Entwicklungsstand und Einschulung der Schüler, die Arthur Kern in den 1950er Jahren mit dem Konzept der ‚Schulreife‘ aufwarf, wurde die Rückstellung ‚noch-schulunreifer‘ Kinder zur Aufgabe der Schulärzte. Dies führte nicht nur zur Heraufsetzung des Einschulungsalters, sondern auch zur Vorverlegung der Schuleingangsuntersuchungen *vor die Einschulung* (vgl. Kammermeyer 2000). Im Zuge der nachfolgenden Kritik am Schulreifekonzept, das später daraufhin durch das Konzept der ‚Schulfähig-

¹¹ In einigen wenigen Bundesländern, so zum Beispiel Bayern, wird ‚lediglich‘ ein entwicklungsdiagnostischen Screening durch geschulte Assistenzkräfte durchgeführt, wobei nur dann eine ärztliche Untersuchung hinzukommt, wenn das Kind im Vorfeld nicht an der Vorsorgeuntersuchung U9 beim Kinderarzt teilgenommen hat.

keit' abgelöst wurde (ebd.), ist seit den 1980/90er Jahren die Selektionsfunktion der SEU allerdings zunehmend in den Hintergrund geraten (vgl. Kelle 2006).

Heute geht es in den im Jahr vor der Einschulung stattfindenden Schuleingangsuntersuchungen vor allem um die frühzeitige Erkennung von Förderbedarf (vgl. Allhoff und Weidtmann 2000). Geprüft werden soll, welche kurativen, therapeutischen oder auch pädagogischen Unterstützungsleistungen das Kind aus ärztlicher Sicht für den erfolgreichen Übergang an den „Arbeitsplatz Schule“ (Schulz 1999) benötigt. Hierzu werden zumeist entwicklungsbezogene Kurz-Tests (Screenings) eingesetzt, die den Entwicklungsstand in schulrelevanten Teilleistungsbereichen erfassen und auf eventuelle Auffälligkeiten hinweisen. Die Empfehlungen, die Schulärzte auf der Basis dieser Untersuchungen aussprechen, beziehen sich dann sowohl auf die Frage der Einschulung (ja/nein/in welche Schulform), auf bestimmte Vorkehrungen, die im Zuge der Einschulung getroffen werden sollen (bspw. kurzsichtige Kinder nach vorne setzen), als auch auf die Fördermaßnahmen, die noch in der Zeit bis zur Einschulung erfolgen sollen. Die Empfehlungen zielen entsprechend sowohl auf die Beratung der Eltern als auch der aufnehmenden Schulen. In dieser beratend-informierenden Funktion können die sogenannten Schulärzte sodann ‚lediglich‘ Empfehlungen formulieren; ob ein Kind eingeschult wird oder nicht entscheiden die Grundschulen selbst; ob bestimmte Fördermaßnahmen erfolgen oder nicht, entscheiden die Eltern.

Der historische Wandel der Schuleingangsuntersuchungen ist entsprechend eng mit den gewandelten Strukturen und Konzepten des Schulanfangs verbunden (vgl. Kammermeyer 2000, Kelle 2006), wobei die Aufgabe einer *frühzeitig orientierenden Entwicklungsdiagnostik* in Bezug auf den Schulanfang immer stärker in den Fokus gerückt ist.

Aber auch an den aktuellen Reformbemühungen zur weiteren Vorverlegung der Schuleingangsuntersuchungen wird die präventive Dynamik des Funktionswandels der SEUen deutlich. So wurde bereits 2008 in Baden-Württemberg eine Neukonzeption der Schuleingangsuntersuchung vorgenommen (vgl. Sozialministerium Baden-Württemberg 2011), die von den dortigen Gesundheitsämtern nun zu zwei Zeitpunkten vorgenommen werden. Die erste Schuleingangsuntersuchung findet nun bereits 15-24 Monate vor dem Schuleintritt statt, damit notwendiger Förderbedarf frühzeitig erkannt werden kann. In vielen Kommunen und Bundesländern werden die SEUen zudem gar nicht mehr durch die Schulärzte, sondern durch die so genannten sozialmedizinischen Assistenten durchgeführt. Nur wenn in dem von diesen Assistentinnen durchgeführten Screening Auffälligkeiten festgestellt wurden, oder die Kinder nicht an der Vorsorgeuntersuchung U9 teilgenommen haben, schließt sich eine vollständige medizinische Untersuchung mit einer orientierenden Entwicklungsdiagnostik durch die Schulärzte an (bspw. in Bayern und Baden-Württemberg).

Dass die in den Vordergrund getretene Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten in den Gesundheitsämtern dabei vor allem mit standardisierten Screenings (bspw. S-ENS) bearbeitet wird, hängt jedoch nicht nur mit dem hohen Stellenwert zusammen, der solchen psychometrischen Verfahren in der klinischen Entwicklungspsychologie beigemessen wird (vgl. Quaiser-Pohl und Rindermann 2009). Mit der zunehmenden Bedeutung, die Berichtssysteme zur Steuerung von Gesundheitspolitiken erhalten, hat auch die epidemiologische und gesundheitspolitische Funktion der Schuleingangsuntersuchungen eine weitere Aufwertung erfahren (vgl. Schlack 2002); schließlich liefern sie als einzige routinemäßige Gesundheitsüberprüfung das Datenmaterial für eine gesamte Alterskohorte. Die Entwicklung und Einführung von standardisierten Entwicklungsscreenings, die zumeist extra für die Schuleingangsuntersuchungen konzipiert wurden, steht entsprechend auch im Zusammenhang mit

den Bemühungen, die Erhebung und Dokumentation von Befunden in den SEUen zu standardisieren und sie damit einer (zumindest) auf Länderebene aggregierten Statistik zugänglich zu machen. Neben Dokumentationsstandards zur Erhebung der Teilnahmeraten an den Vorsorgen, dem Impfstatus und dem allgemeinen Gesundheitsstatus über das so genannte ‚Bielefelder Modell‘, sollen die eingesetzten Entwicklungsscreenings hier methodisch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der SEUen gewährleisten.

Genau diese Verknüpfung von der Beobachtung einzelner Kinder (in der schulbezogenen Funktion) und ganzer Alterskohorten (in der epidemiologischen Funktion) in den Schuleingangsuntersuchungen führt jedoch auch dazu, dass die Untersuchungen einen erheblichen Anteil an der öffentlichen Erregung über den zunehmenden Teil von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten haben. So macht Kelle (2008) auf die Rückkoppelungseffekte aufmerksam, die sich dadurch ergeben, dass die Gesundheitsberichte der Länder aufgrund der bereits vorliegenden Daten der Schuleingangsuntersuchungen überwiegend als Kindergesundheitsberichte herausgegeben werden. Die Sozialgruppe der Kinder rücke dadurch überproportional in den Fokus des öffentlichen gesundheitspolitischen Interesses. Und dies bereits schlicht durch den Umstand, dass die Einschüler diejenige Bevölkerungsgruppe darstellen, über die die Politik 'am meisten weiß'. Dadurch komme es zu einer rekursiven Strukturierung von Kindergesundheitspolitik (ebd: 197), welche im Zusammenspiel mit weiteren politischen Debatten zur ‚Problemlage Kind‘, wie z.B. Armut, Migration und steigende Bildungsungleichheit (vgl. Betz 2008), permanent politischen Handlungsbedarf anzeige.

Diese Verknüpfung von epidemiologischen und schulbezogenen Aufgaben der Schuleingangsuntersuchungen stellt entsprechend den zentralen Motor für den Ausbau der entwicklungsdiagnostischen Anteile in den Untersuchungen dar.

1.3.2 Kindervorsorgeuntersuchungen: Entwicklungsdiagnostik zwischen Krankheitsfrüherkennung und Prävention

Für die Kindervorsorgeuntersuchungen zeigt sich eine vergleichbare Dynamik wie bei den Schuleingangsuntersuchungen, die hier jedoch vor allem in Bezug auf einen veränderten Objektbereich der Früherkennung als auch eine Aufwertung weiterer präventiven Aufgaben deutlich wird. Im Zusammenhang mit diesem Bedeutungswandel ist das Programm der Vorsorgen nicht nur sukzessive erweitert worden, sondern es hat sich auch von der reinen Krankheitsfrüherkennung hin zur umfassenden Überprüfung ‚altersgerechter Entwicklung‘ verschoben.

Das Vorsorgeprogramm für Kinder im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) richtet sich an Kinder von der Geburt bis zum vollendeten 6. Lebensjahr und besteht aus mittlerweile zehn Untersuchungen: die U1 wird direkt nach der Geburt durchgeführt, sie wird daher auch Neugeborenen-Erstuntersuchung genannt und kann sowohl von ärztlichen Geburtshelfern als auch Hebammen durchgeführt werden. Die U2, die als Neugeborenen-Basisuntersuchung zwischen dem 3.-10. Lebenstag stattfindet, wird bei stationärer Entbindung in einer Geburtsklinik zumeist noch dort als Entlassungsuntersuchung durchgeführt.¹² Ab der U3 finden die Vorsorgen dann auf der Basis freier Arztwahl in den Praxen von niedergelassenen Kinder- und Jugendmedizinerinnen oder wahlweise auch von Hausärzten statt. Im

¹² Lediglich bei Hausgeburten findet die U2 auch bereits in den kinderärztlichen Praxen statt; einige niedergelassene Kinderärzte bieten als besonderen ‚Service‘ an, dass die U2 als Hausbesuch bei den Eltern zu Hause durchgeführt wird (was sicher auch damit zusammenhängt, dass Hausgeburten eher von finanziell besser gestellten Ehepaaren bzw. Privatversicherten präferiert werden).

ersten Lebensjahr sind dies nach der U3 in der 4.-6. Lebenswoche die U4 im 3.-4. Lebensmonat, die U5 im 6.-7. Lebensmonat und die U6 im 10.-12. Lebensmonat. Die weiteren Vorsorgeuntersuchungen finden ab da in einem jährlichen Rhythmus statt, die U7 mit zwei Jahren, die U7a mit drei, die U8 mit vier und die U9 mit fünf Jahren (G-BA 2008).¹³ Fester Bestandteil dieses Kindervorsorgeprogramms sind im ersten Lebensjahr zudem ein erweitertes Neugeborenen-Screening, die Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen und ein sonographisches Hüftscreening, wobei diese Untersuchungen z.T. außerhalb der Kinderarztpraxen durchgeführt werden (müssen).

Gesetzlich geregelt sind die Kindervorsorgeuntersuchungen im § 26 des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V), wobei hier jedoch lediglich der Anspruch der Kinder auf Untersuchungen bis zum sechsten Lebensjahr und der Zweck der Untersuchungen festgelegt sind: sie dienen der „Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (§ 26). Die näheren Bestimmungen, vor allem zu Art, Umfang und Inhalt der Untersuchungen, finden sich in den so genannten „Kinder-Richtlinien“ (Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA 2011), die vom Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossen und herausgegeben werden. Zur Dokumentation der Ergebnisse der Untersuchungen steht das „Kinder-Untersuchungsheft“ zur Verfügung, welches in der Praxis auch „Gelbes Heft“ oder „Vorsorgeheft“ (Brüggemann 1991) genannt wird. Dieses Heft wird regelmäßig verändert und ist 2005 in der neuesten Auflage erschienen.

Seit ihrer gesetzlichen Grundlegung im Jahr 1976 ist das Vorsorgeprogramm beständig ergänzt worden. Galt die Aufmerksamkeit der Vorsorgen zum Zeitpunkt ihrer Einführung erst einmal nur den ersten vier Lebensjahren, so kam 1989 die U9 zu den ursprünglich acht Untersuchungen hinzu und 2008 wurde auch die sogenannte ‚Lücke‘ zwischen U7 und U8 durch die U7a geschlossen. Zudem wurden die Vorsorgen um drei spezifische Screenings ergänzt: 1980 um ein Screening zur Früherkennung der angeborenen Hypothyreose (TSH-Fersenbluttest), 1995 um ein Screening auf Hüftgelenkdysplasie und -luxation, 2004 um ein erweitertes Neugeborenen-Screening das auf die Früherkennung von angeborenen Stoffwechseldefekten und endokrinen Störungen zielt und 2008 um Neugeborenen-Hör-Screening. Dieses Hör-Screening und die Einführung der U7a sind Ergebnisse der seit 2005 laufenden „Komplettüberarbeitung“ des Vorsorgeprogramms, die neben der „allgemeinen Organisation des Programms“ auch die „Standardisierung der klinischen Untersuchung“ und die „Nutzenbewertung für spezifische Screeningmaßnahmen“ umfasst (Gemeinsamer Bundesausschuss 2008: 2, vgl. auch Bollig und Kelle 2013).

Dieser Überarbeitungsprozess dokumentiert dabei auch einen sich in der Praxis bereits vollzogenen Wandel in der Vorsorgen. Schon länger umfassen die neben der ursprünglich vorgesehenen Fokussierung auf die Früherkennung entwicklungsgefährdender Krankheiten auch eine allgemeine Beobachtung der körperlichen, kognitiven, sprachlichen, psychischen und sozialen Entwicklung sowie die Früherkennung „umschriebener Entwicklungsstörungen“ (Esser und Schlack 2003). Dazu werden für die Pädiater eigens für die Vorsorgen entwickelte Tests und Screenings, bspw. das EVU-Screening (vgl. Melchers et al. 2003) angeboten; in den

¹³ An dieses Vorsorgeprogramm der GKV schließen dann noch die U10 im Alter von sieben bis acht Jahren und die U11 im Alter von neun bis zehn Jahren an, die (noch) nicht zum gesetzlichen Vorsorgeprogramm gehören (siehe Entwurf für das Präventionsgesetz), welche aber von den Kinder- und Jugendmedizinern zusätzlich als freiwillige Leistung privater und (einiger) gesetzlicher Krankenkassen angeboten wird. Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 im Alter von 13-14 Jahren gehört indessen wiederum zum gesetzlichen Leistungskatalog. Sie ist jedoch in einer eigenen Richtlinie festgelegt.

Kinderarztpraxen kommen aber viele andere Kurztests zum Einsatz, die teilweise auch von Pharmaunternehmen zur Verfügung gestellt werden.

Dieser Ausweitung der Untersuchungsinhalte von der reinen Krankheitsfrüherkennung hin zu einer orientierenden Entwicklungsdiagnostik hat zwar noch keine geänderte Aufgabenbestimmung in den Kinder-Richtlinien nach sich gezogen, sie zeigt sich jedoch auf der institutionellen Ebene bereits in der Veränderung der Dokumentationsinstrumente. In den Kinder-Untersuchungsheften, die bis Oktober 2005 gedruckt wurden, lautete die standardisierte Formulierung des zusammenfassenden Befundes für den Fall, dass in der Untersuchung keine Auffälligkeiten festgestellt wurden: „Jetzige Früherkennungsuntersuchung: kein Anhalt für eine entwicklungsgefährdende Gesundheitsstörung“ (ja/nein). In der neuen Druckauflage des Kinder-Untersuchungsheftes von 2005 heißt es nun im zusammenfassenden Befund: „Gesamteindruck: Kind altersgemäß entwickelt“ (ja/nein).¹⁴

Wie sehr dabei das Konzept einer kontinuierlichen Dauerbeobachtung der altersgemäßen Entwicklung von Kindern zur bestimmenden Matrix der Kindervorsorgen geworden ist, wird zudem daran deutlich, dass in der öffentlichen Debatte die Ausweitung des Vorsorgeprogramms mit dem ‚Schließen von Lücken‘ begründet wird (bspw. BMG 2013). So wurde mit der aufkommenden Debatte um Kinderschutz und die frühzeitige Erkennung von Entwicklungsauffälligkeiten die zweijährige ‚Pause‘ zwischen der U7 im Alter von zwei Jahren und der U8 im Alter von vier Jahren als „Lücke“ im Programm problematisiert, was nicht nur die Einführung einer U7a im Alter von drei Jahren plausibilisierte, sondern auch die kontinuierliche mindestens jährlich stattfindende Vorsorgeuntersuchung zur Notwendigkeit erhob. Auch die derzeit geplante Neueinführung von U10 und U11, die das Kindervorsorgeprogramm bis hin zu der Jugendvorsorge J1 im Alter von 12 Jahren erweitern soll, folgt dieser Logik. „Vorsorgelücke schließen“ lautet auch hier der Slogan, mit dem das Bundesministerium für Gesundheit auf seiner Homepage¹⁵ aktuell für den von ihm eingebrachten Entwurf des neuen Präventionsgesetzes wirbt, der unter anderem diese Ausweitung der Vorsorgen vorsieht (vgl. BMG 2013).

Wie sehr diese ‚lückenlose‘ Vorsorge mit einem staatlichen Interesse an Kinderschutz (und der Kontrolle der Eltern) verknüpft ist, zeigt sich vor allem an der Aufhebung des bis 2006 freiwilligen Charakters der Vorsorgen (vgl. Nothhaft 2008). Die Teilnahme an den Untersuchungen wurde seitdem in den einzelnen Bundesländern sukzessive durch entsprechende Landesgesetzgebungen zum Kindergesundheitsschutz weitestgehend verpflichtend ausgestaltet. Dazu haben nahezu alle Bundesländer ein so genanntes „verbindlichen Einladesystem“ etabliert (expl. Hessisches Sozialministerium 2006), das Eltern nicht nur an die Teilnahme an den Untersuchungen erinnert, sondern ab der U4 auch ‚säumige Eltern‘ ermittelt. In Hessen z.B. regelt das Kindergesundheitsschutzgesetz vom 1.1.2008, dass die Ärzte alle durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen an das neu eingerichtete, zentrale Hessische Kindervorsorgezentrum melden. Erfolgt diese Mitteilung für einzelne Kinder auch nach zweimaliger schriftlicher Erinnerung der Eltern nicht, so gibt das Kindervorsorgezentrum eine entsprechende Mitteilung an das zuständige Jugendamt weiter. Dieses hat dann die Aufgabe

¹⁴ Dieser Wechsel von einem eindeutigen Krankheitsbezug hin zu einer eher ‚ganzheitlichen‘ Betrachtung der Entwicklungsprozesse der Kinder, steht dabei im Einklang mit der Weiterentwicklung der Vorsorgeprogramme für Erwachsene, die ebenfalls nicht mehr nur auf definierte Zielkrankheiten ausgerichtet sind (bspw. Krebsvorsorge), sondern mit dem 1989 eingeführten Gesundheits-Check +35 den Versicherten eine allgemeine Überprüfung des Gesundheitszustands anbieten, deren Kosten alle zwei Jahre von der Krankenkasse übernommen werden.

¹⁵ <http://www.bmg.bund.de/praevention/praeventionsfoerderungsgesetz.html>, 15.06.2013.

festzustellen, ob eine Gefährdung des Kindeswohls vorliegt und gegebenenfalls auch eine amtsärztliche Untersuchung des Kindes in die Wege zu leiten. Aktiv werden dürfen die Jugendämter hier, weil die fehlende Vorsorgeuntersuchung rechtlich als ein Hinweis auf Kindeswohlgefährdung nach § 8 a (2) SGB VIII gedeutet wird. Anlass für diese Neujustierung waren die tragischen Fälle von Kindesvernachlässigung mit Todesfolge, welche die öffentliche Debatte um verbesserten Kinderschutz in diesen Zeitraum wesentlich dynamisierte. Zwar stieß das Vorsorgeprogramm zunehmend auf hohe Zustimmung; ca. 83% der Kinder durchliefen das gesamte Programm und nur 3% der Kinder nahmen nie an einer Vorsorge teil. Da jedoch die Nicht-Teilnehmer überwiegend aus „eingewanderten“ oder „sozial schwachen Familien“ (Robert Koch-Institut 2004) kamen, wurde hier ein besonderer politischer Handlungsbedarf markiert. Im Zuge dieser Debattenlage wurde die Quasi-Verpflichtung zur Teilnahme an den Vorsorgen in der Öffentlichkeit dann auch rasch akzeptiert, auch wenn diese neue rechtliche Rahmung der Vorsorgen von einer Diskussion um die Leistungsfähigkeit und die generelle Aufgabenbestimmung der Vorsorgen begleitet war.

1.3.3 Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen als Felder der ‚prophylaktischen Entwicklungsdiagnostik‘

Die hier skizzierten differenten Entwicklungen in den Funktions- und Aufgabenbestimmungen der beiden Untersuchungsformen finden ihre Gemeinsamkeit darin, dass neben der ehemals dominanten Fokussierung auf Krankheitsfrüherkennung und -behandlung (Vorsorgen) und der medizinischen Feststellung von Schulreife oder -fähigkeit (SEU), die Aufgaben und Methoden der „prophylaktischen Entwicklungsdiagnostik“ (Ettrich 2000) neuerdings in den Vordergrund rücken. Diese Gemeinsamkeit der beiden Untersuchungen wird vor allem an den ‚späten‘ Vorsorgeuntersuchungen U8 und U9 deutlich, die im Alter von vier bis fünfeinhalb Jahren stattfinden, und damit in großer zeitlicher Nähe zu den Schuleingangsuntersuchungen. In diesem Zeitraum fokussieren beide Untersuchungsformen die Erfassung derselben Entwicklungsbereiche und -dimensionen (Sprache, Motorik, Sozialverhalten, etc.), und sehen ihre Aufgaben zudem auch in der Beratung der Eltern, vor allem was die frühzeitige und optimale Förderung der schulrelevanten Kompetenzen der Kinder angeht.

Die Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen sind also eingebunden in ein Feld von vielfältigen institutionellen Entwicklungsüberprüfungen, die (bis auf die Frühen Hilfen) *jedes* Kind im Laufe seiner frühen Kindheitsphase ‚absolviert‘. Das heterogene Feld der Entwicklungsdiagnostik muss insofern als eine *gesellschaftliche Infrastruktur des Aufwachsens* von Kindern verstanden werden. Die einzelnen Entwicklungsüberprüfungen heben dabei jeweils verschiedene Entwicklungsbereiche besonders hervor; so spielt die körperliche Entwicklung in den medizinischen Beobachtungsformaten eine größere Rolle als in den pädagogischen Entwicklungsbeobachtungen in Kindertageseinrichtungen. In den Schuleingangsdiagnostiken werden die Entwicklungsprozesse der Kinder hingegen vor allem im Hinblick auf die sogenannten ‚Vorläuferfähigkeiten‘ konzipiert. Die diversen Entwicklungsüberprüfungen sind entsprechend nicht nur davon geprägt, dass sie von unterschiedlichen Gruppen von Professionellen durchgeführt werden und vielfältige Instrumente und Methoden der Entwicklungsdiagnostik zum Einsatz kommen, sondern auch dadurch, dass für differente Kontexte Wissen erzeugt werden soll. Sie greifen entsprechend selektiv auf das Entwicklungs geschehen von Kindern zu. All diese Überprüfungen werden jedoch an der Person und dem Körper des individuellen Kindes ‚vollzogen‘ und es stellt sich jedes Mal aufs Neue wieder die Frage, ob seine Entwicklung ‚normal‘ oder ‚nicht-normal‘ verläuft.

Der enorme Ausbau von Formen und Rhythmen der institutionellen Beobachtung kindlicher Entwicklungsprozesse ist dabei keine deutsche Spezialität, sondern liegt im internationalen Trend. Sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene werden die gesundheits-, bildungs- und sozialpolitischen Ausbaubemühungen dabei wesentlich damit begründet, dass Entwicklungsstörungen durch frühzeitige Erkennung und Behandlung gut behandelbar sind und somit gerade bei den Kindern, die biologischen oder psychosozialen Entwicklungsrisiken ausgesetzt sind, entwicklungsbedingte Benachteiligungen im weiteren Lebenslauf frühzeitig verhindert werden können (vgl. Hall und Elliman 2006; G-BA 2008). Die epidemiologische und individuelle Dauerbeobachtung der Kinder spielen dabei insofern zusammen, als dass sie eine gesellschaftliche und private *Dauererregung* in Bezug auf das ‚Problemfeld‘ der kindlichen Entwicklung erzeugen. Daher ist auch nicht von einer Stagnation des Ausbaus der entwicklungsbezogenen Dauerbeobachtung auszugehen, sondern der beobachtbare Ausbau führt vielmehr dazu, dass der Suche nach geeigneten Maßnahmen der immer frühzeitigeren Entdeckung von Risiken für normale Entwicklungsverläufe quantitativ wie qualitativ eine immer höhere Bedeutung zukommt (vgl. Kelle und Tervooren 2008; Drößler, Robert und Hein 2011).

Die Ausbaubemühungen im heterogenen Feld der Entwicklungsdiagnostik beziehen sich also vor allem auf das Versprechen, Entwicklungsauffälligkeiten nicht nur frühzeitig zu kompensieren, sondern bereits präventiv zu vermeiden. Entsprechend richtet sich die öffentliche Diskussion zu den gestiegenen Zahlen von Entwicklungsauffälligkeiten auch ganz selbstverständlich auf das System, dem die höchsten Präventionsleistungen zugeschrieben werden: die Familie.

1.4 Die präventive Dynamik des Ausbaus II: die Blickverschiebung von ‚Kindern‘ hin zu ‚Kindern und ihren Familien‘

Fragt man nach den Ursachen der gestiegenen Zahl von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten, so werden vor allem gesellschaftliche Entwicklungen benannt, welche die Erziehungs- und Sozialisationsaufgaben der Familie herausfordern. Zu diesen sozialstrukturellen Veränderungen gehören vor allem die gestiegenen Leistungsanforderungen an Kinder im Kontext der Wissensgesellschaft, die Mediatisierung der Freizeit und die damit verknüpfte Bewegungsarmut, aber auch die Zunahme an belastenden Umweltfaktoren, welche unter dem Label ‚veränderte Kindheit‘ geführt werden (vgl. Robert-Koch-Institut 2007; Straßburg, Dachender und Kress 2008). Hinzu kommen soziale Belastungen, in die sich Eltern eingebunden fühlen, wie gestiegene Anforderungen im Erwerbsleben oder Armut, Arbeitslosigkeit und Migration (vgl. Lange und Xyländer 2011). All diese Belastungsfaktoren werden aus sozialpädiatrischer Perspektive als zentral dafür angesehen, dass das „Anregungssystem Familie [...] zunehmend versagt. Und dies obwohl eben jenes System Familie bisher in der Lage war, eine gute, zumindest aber ausreichende vorschulische motorische, sprachliche und kognitive Anregung unserer Kinder zu gewährleisten“ (Fegeler 2004: 247). Neben der Einsichten in die strukturellen Rücksichtslosigkeit der Gesellschaft gegenüber Familien und den damit verbundenen Belastungen, denen diese als Sozialform ausgesetzt ist (vgl. Kaufmann 1995), wird in diesem Zusammenhang aber auch eine zunehmende Kritik an Eltern formuliert, die in der optimalen Gestaltung von Familie als Erziehungs- und Sozialisationsinstanz zunehmend versagen (vgl. Bühler-Niederberger, Mierendorff und Lange 2010).

Diese Problematisierung der entwicklungsförderlichen Leistungen spielt vor allem mit Blick auf die sogenannten ‚sozial schwachen Familien‘ eine große Rolle. Die Mannheimer Risiko-

kinderstudie (vgl. Laucht 2000: 247) zeigt beispielsweise auf, dass Kinder aus benachteiligten Familien „in allen Entwicklungsbereichen ungünstigere Kennwerte“ aufweisen. Aber auch sozial besser gestellten Familien werden immer stärker daraufhin beobachtet, ob es ihnen gelingt die Herausforderungen ‚veränderter Kindheit‘ zum Wohle der Entwicklung ihrer Kinder abzufedern. In diesem Kontext wird vor allem auch von populärwissenschaftlichen Autoren eine allgemeine Tendenz der Überforderung von Eltern und problematisches Erziehungsverhalten diagnostiziert, die mitunter auch in der These der „Abschaffung von Kindheit“ gipfelt (Winterhoff 2008; Bueb 2006). Dieses ‚Versagen‘ von Familie steht aber auch im Vordergrund einer Debatte um die Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten in früher Kindheit, Aufmerksamkeitsstörungen und dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS). In Bezug auf letzteres läuft die Debatte überspitzt auf die Frage hinaus, ob ein genetischer Defekt oder falsches Erziehungsverhalten zugrunde liegt. Insofern sind es auch nicht nur die „sozial schwachen Eltern“, die als Entwicklungsrisiko ihrer Kinder in den Blick rücken, vielmehr wird deutlich, dass die „edukatorische Insuffizienz von Familie“, wie es der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte nennt (BVKJ 2004) nennt, über alle Schichten hinweg als bedeutender Faktor in der Ausbildung von Entwicklungsstörungen hervorgehoben wird.

In der internationalen Debatte setzt sich in diesem Zusammenhang entsprechend zunehmend die Leitidee einer umfassenden „Well-Child Care“ durch, die auf die intensive Verknüpfung von „screening, surveillance, education and support services for families and their young children“ (Shor 2004:212) gerade auch innerhalb der medizinischen Formate der Entwicklungsbeobachtung zielt (vgl. Olson et al. 2008). Auch wenn sich in Deutschland weniger auf diesen Begriff der „Well-Child Care“ bezogen wird, rückt im Kontext des bereits angesprochenen ‚Versagens von Familie‘ aber auch hierzulande die Beratung, Unterstützung und auch Kontrolle der Eltern in den infrastrukturellen Formen der Früherkennung und Prävention von Entwicklungsauffälligkeiten zunehmend in den Vordergrund.

2. Entwicklungsbeobachtungen und Entwicklungskindheit

Konzeptionelle Perspektiven und Forschungsdesiderate

Der skizzierte Ausbau des heterogenen Feldes der Entwicklungsbeobachtungen steht im Kontext eines übergreifenden sozialpolitischen Regulierungswillens in Bezug auf Kindheit. Diese staatliche Verantwortungsübernahme gegenüber den Entwicklungschancen von Kindern hat bereits der 11. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (BMFS 2002) auf die Formel eines „Aufwachsens in öffentlicher Verantwortung“ gebracht. Was damit zum Ausdruck kommt, ist ein verstärkter gesellschaftlicher Willen zur Sicherung von Teilhaberechten der Kinder unabhängig von ihren familiären Bedingungen, der zugleich eine Neuausrichtung des Zusammenspiels von staatlicher und privater Fürsorge für die Kinder markiert (vgl. Joos 2006). Im Zuge dieses Wandels werden jene kinder- und familienpolitischen Instrumente aufgewertet, welche Familien nicht einzig in ihren kindbezogenen Aufgaben unterstützen, sondern die Fürsorgefunktion des Staates in einem direkten Zugriff auf Kinder garantieren sollen (vgl. Bühler-Niederberger, Mierendorff und Lange 2010). Mit Blick auf diesen Aus- und Umbau der Familien- und Kinderpolitik in den vergangenen Jahren spricht Olk (2010) von einem Paradigmenwechsel in der sozialpolitischen Gestaltung von (früher) Kindheit. Während Kinder im „alten politischen Paradigma als zur privaten Welt der Familie gehörig und damit als primäre Verantwortlichkeit ihrer Eltern betrachtet werden, werden sie im neuen politischen Paradigma als das künftige Humanvermögen der Gesellschaft und Gegenstand gesellschaftlicher Investitionen verstanden“ (ebd.: 292). In diesem Kontext ist, wie Parton (2008) aufzeigt, auch der Ausbau der entwicklungsbezogenen Beobachtungsformen von Kindern zu sehen.

2.1 Entwicklungsbeobachtungen als Regulationen des Verhältnisses von Familie, Staat und Kind

In der deutschsprachigen erziehungswissenschaftlichen Reflexion wird das Verhältnis von Staat, Familien und Kindern in diesem Ausbau der „organisierten Sorge für Kinder“ (Bühler-Niederberger 2010) derzeit vor allem unter Rückgriff auf wohlfahrtstheoretische Konzepte analysiert. Im Vordergrund steht dabei die Begriffstrias der Familialisierung, der De- und (Re-)Familialisierung von Kindheit (vgl. Joos 2006; Kutscher 2010; Oelkers 2009a; Richter 2004). Familialisierung umschreibt dabei die für das moderne Kindheitsmuster charakteristischen Prozesse der Verortung des Kindes in Abhängigkeit von seinen Eltern innerhalb der Kernfamilie. Die Familialisierung kann für die so genannte ‚Entdeckung der Kindheit‘ im späten 18. Jahrhundert als mindestens ebenso konstitutiv gelten wie die Prozesse der einsetzenden Scholarisierung (vgl. Honig 2008; Mierendorff 2009; Zeiher 2009). Zentraler Mechanismus der Familialisierung war es, die sich neu entwickelnde Kleinfamilie um das Kind herum zu gruppieren und damit nicht nur die Sorge für das Kind, sondern auch die Vertretung gesellschaftlicher Ansprüche *des Kindes* und *an das Kind* der Familie zu überantworten. Insofern

war mit der Familialisierung der Kindheit auch eine gesellschaftliche Konzeption von Kindern als Mitglieder von Familie, aber nicht von Gesellschaft verbunden.

Prozesse der Familialisierung von Kindheit gingen jedoch bereits von Anfang an mit Prozessen der De-Familialisierung einher, durch welche die Sicherstellung der generationalen Reproduktion von Gesellschaft von den Familien hin zu staatlichen Institutionen transferiert wurde (vgl. Zinnecker 2004). Ein zentrales Feld der sukzessiv voranschreitenden De-Familialisierung von Kindheit stellten die bereits erwähnte Durchsetzung der Schulpflicht, die Formulierung der Kinderrechte, der Aufbau sozialpädagogischer Hilfe und sozialrechtlicher Disziplinierungsformen (vgl. Mierendorff 2009) dar, aber eben auch die staatlichen Institutionen der Entwicklungs- und Gesundheitsvorsorge (vgl. Zeiher 2009). In kinderrechtlicher Perspektive lag die Errungenschaft der historischen Etablierung von Entwicklungsnormen und entsprechenden Gesundheitspolitiken ja gerade auch darin, Kinder mit universalen Rechten auf normale Entwicklung und damit auf gesellschaftliche Teilhabe unabhängig von ihren familiären Lebenslagen auszustatten (vgl. Turmel 2008a). Da jedoch diese Konstruktion der *Kindheit als eigenständige Entwicklungsphase* und die damit verknüpfte, wohlgerneht nur konzeptionelle, Herauslösung der Kinder aus den Familien auch mit gesellschaftlichen Ansprüchen an die Familie als ‚Erziehungsagentur‘ verbunden war und immer noch ist, sind diese Prozesse der staatlichen Fürsorge für Kinder immer auch stark mit Prozessen der Konstruktion der ‚idealen Familie‘ verknüpft (vgl. Groppe, Harney und Honig 1997; Loseke und Cahill 1994; Foucault 2003b).

Mit dem Begriff der (Re-)Familialisierung werden daher die Prozesse gefasst, mit denen Ansprüche an Kinder und von Kindern zwar von gesellschaftlicher Seite definiert und vertreten werden, jedoch als *Ansprüche der Kinder an ihre Familien* wieder in den Verantwortungs- und Bearbeitungsbereich der Familien zurückverwiesen werden. Tendenzen einer solchen (Re-)Familialisierung im Kontext der "aktivierenden Sozialpolitik" (vgl. Dahme und Wohlfahrt 2002) sind derzeit in der Neuregulierung des Kindschaftsrechts (vgl. Oelkers 2007), dem Ausbau präventiver Programme wie den Frühen Hilfen (vgl. Kutscher 2012; Oelkers und Richter 2009), aber auch in Bezug auf das Bildungssystem und die Kinder- und Jugendhilfe beobachtbar (vgl. Hendrick 1997; Richter 2013; Richter und Andresen 2012). Durch ihren eingebauten Mechanismus der *Privatisierung von Verantwortung* sind diese Prozesse der Re-Familialisierung dabei als Ausdruck der von Beck (1986) beschriebenen Individualisierung des Lebenslaufes zu deuten. In gouvernementalitätstheoretischer Perspektive wird dazu vor allem der Begriff der „Responsibilisierung“ (Kessl und Otto 2002) benutzt, hier verstanden als eine Strategie der Adressierung von Eltern im Medium der Verantwortungszuschreibung.

In Bezug auf professionelle Beobachtungen kindlicher Entwicklung wird diese Dynamik von De- und Re-Familialisierung derzeit besonders mit Blick auf die so genannten „sozialen Frühwarnsysteme“ und „Frühen Hilfen“ diskutiert (vgl. Kap 1.1.2). Diese Hilfemaßnahmen haben den gesellschaftlichen Fokus auf Familie als Ort des Scheiterns an Erziehungs- und Sorgeaufgaben nämlich nicht nur dynamisiert, sondern auch auf den Begriff gebracht: es geht um "Risiko- oder Hoch-Risiko-Familien" (expl. Lindner 2013). Mit dieser expliziten Kategorisierung der Familie als ‚Risiko‘ für kindliche Entwicklungsprozesse ist, wie Hensen (2010) herausarbeitet, bereits auf der semantischen Ebene „eine Verlagerung der Entstehungsverantwortung von negativen Entwicklungsbedingungen für Kinder auf die Ebene von Familien resp. Elternteilen verbunden. Familien werden so gesellschaftlich (nicht nur implizit) aufge-

fordert, diese ‚Risiken‘ (z.B. gesundheitliche Risiken, schlechte Wohnbedingungen, Armut etc.) zu minimieren, zu beseitigen und letztlich zu verantworten“ (ebd.: 17).¹

Entsprechend werden die Effekte dieser neuen Formen der ‚organisierten Sorge‘ für Kinder innerhalb der kritischen Erziehungswissenschaft/Sozialpädagogik vor allem auch mit Blick auf diese ‚Verantwortlichmachung‘ von Familie beschrieben. Die Problematisierung von Familien im Kontext gestiegener Entwicklungsprobleme, erreiche dabei aber nicht nur die Eltern, die in die neuen Hilfestrukturen inkludiert werden, sondern spreche als öffentliche Aushandlung ‚verantworteter Elternschaft‘ alle Eltern an. Denn, wie Oelkers (2009b: 214) betont, ist mit diesen öffentlichen Thematisierungen eine Adressierung von Eltern als „moralisch-verantwortliche Subjekte“ verbunden, die auch die „funktionierenden Eltern“ erreicht. Da die Einführung der Frühen Hilfen eine gesellschaftliche Arena für Darstellungsformen ‚guter Elternschaft‘ eröffne, sei es dabei auch egal, ob Eltern verunsichert oder gestärkt auf die damit verbundenen Adressierung reagierten, so Oelkers. In beiden Fällen werde die Differenzierung zwischen ‚versagenden/hilfebedürftigen‘ Familien und ‚guten‘ Familien aktiviert.²

Überträgt man diese an den Frühen Hilfen entwickelte (sozialpädagogische) Argumentation auf den weiteren Ausbau früherkennender entwicklungsdiagnostischer Maßnahmen, so lässt sich die Frage formulieren, wie dieser Ausbau zu den öffentlich diskutierten Normalitätsstandards ‚guter Elternschaft‘ und der damit verbundenen Disziplinierung und Normalisierung von Familie beiträgt (vgl. Oelkers und Richter 2009; Ostner 2007). Die Trias von Familialisierung und De- (bzw. Re-)Familialisierung lenkt den Blick dabei darauf, dass Kinder und Familien in diesem Ausbau von Entwicklungsbeobachtungen nicht nur praktisch – nur die Kinder müssen die Tests absolvieren –, sondern auch konzeptuell voneinander getrennt werden. Die den diversen diagnostischen Verfahren zugrunde liegenden Entwicklungsnormen orientieren sich ja gerade an Entwicklungsmaßstäben für *alle* Kinder und werden (zunächst) nicht an der Vielfalt familialer Milieus und Lebensentwürfe ausdifferenziert (*De-Familialisierung*). Allerdings werden die Bedingungen von Entwicklungsproblemen (zumindest diskursiv) im familialen Umfeld verortet und die Bearbeitung der Probleme auch an die Familien delegiert (*Re-Familialisierung*). In einem solchen Verständnis der professionellen Entwicklungsbeobachtungen verorten Hünersdorf und Toppe (2011) den Ausbau der Kindervorsorgeuntersuchungen entsprechend vor dem Hintergrund der Tendenzen zur „Entprivatisierung der Familie“ im Kontext einer Sicherheitsgesellschaft (vgl. auch Parton 2008). Im angelsächsischen Raum werden die ausgebauten Beobachtungsformen von Kindern in den Kontext einer neuen „parenting culture“ (Lee, Macvarish und Bristow 2010) gestellt. Kennzeichnend für diese gesellschaftliche Kultur der Elternschaft ist es, dass gesellschaftliche Integrationsprozesse in höchstem Maße von den entwicklungsförderlichen Leistungen der Eltern gegenüber ihren Kindern abhängig gemacht werden – und sich Eltern in der Gestaltung ihrer privaten Alltagsroutinen mit ihren Kindern auch permanent an diesem edukativen

¹ Wird dieser Effekt in der klassischen Präventionskritik noch als Prinzip der Schuldzuweisung im Sinne eines ‚blaming the victim‘ beschrieben, so richtet sich die Gouvernementalitätsforschung vor allem auf die Prozesse, in denen ‚verantwortliche Subjekte‘ hergestellt werden (vgl. Bittlingmayer 2008).

² Dass insgesamt mit dem forcierten Bild von Kindern als einem ‚öffentlichen Gut‘ und der zunehmend programmatischen Herauslösung der Kinder aus der Familie als verantwortlicher Kindheitsinstitution eben nicht nur Entlastungseffekte für Familien verbunden sind, sondern die damit verknüpften Standardisierungstendenzen Eltern und Kinder unter gesellschaftlichen Druck setzen, zeigen nicht nur entsprechende Studien zur sozialpolitischen Formierung ‚guter Kindheit‘ auf (vgl. Hendrick 2010), sondern auch entsprechende Umfragen unter Eltern (vgl. Henry-Huthmacher 2008, Betz 2010a, 2010b).

Anspruch messen lassen müssen (vgl. auch Churchill und Clarke 2010; Gillies 2005, 2012; Millei und Lee 2007; Lupton 2013).

2.2 Entwicklungsbeobachtungen als epistemische Praxen generationalen Ordners

Was sowohl der angelsächsische wie auch der deutsche Diskurs um ‚verantwortete Elternschaft‘ jedoch nicht in den Blick nimmt ist, wie Konzeptionen kindlicher Entwicklung selbst auf diese Prozesse der Verantwortlichmachung einwirken. Man könnte auch sagen, dass die Diskurse die praktischen Konstruktionen von ‚Entwicklung‘ und die damit verbundene alltägliche Plausibilisierung bestimmter Zuständigkeiten von Eltern für die Entwicklung ihrer Kinder aus dem Blick verlieren, in welche sich die Differenzierung zwischen der entwicklungsförderlichen oder -gefährdenden Ausgestaltung von Elternschaft überhaupt erst einnistet. Dies hat vor allem damit zu tun, dass in der Debatte die beobachtenden Maßnahmen in den Blick rücken, die – wie die „Frühen Hilfen“ – Eltern direkt klassifizieren oder adressieren (Bermaoui et al. 2012). Methodologisch kommt hinzu, dass diese gesellschaftliche Normierung ‚guter Elternschaft‘ vor allem auf der diskursiven und programmatischen Ebene angesiedelt wird (vgl. Kap 3.1.3).

Um aufzuklären, wie in der professionellen Beobachtung von Kindern bestimmte Konzeptionen von Entwicklung hervorgebracht werden, die dann wiederum auf die Fürsorge- und Erziehungsaufgaben der Eltern verweisen, kann jedoch an Arbeiten aus dem Schnittfeld von Kindheitsforschung, Medizinsoziologie und kritischer Psychologie angeschlossen werden, welche sich der Dekonstruktion von Entwicklungskonzepten und den damit verknüpften Aspekten der generationalen Ordnung von Kindheit widmen.

Historische Arbeiten zur Etablierung der gesellschaftlichen Konzeption von Kindern als Entwicklungswesen zeigen auf, wie durch die im 19. Jahrhundert zeitgleich ausdifferenzierenden Expertensysteme der Medizin, Epidemiologie, Psychologie und Pädagogik das Wissen in Bezug auf die Entwicklung von Kindern geschaffen wurde. Erst dadurch wurde die Andersartigkeit von Kindern im der für die einsetzende Moderne charakteristischen Konzepte von Fortschritt und Evolution überhaupt erst als Entwicklungsgeschehen ‚erkennbar‘ (vgl. Burman 1994; Turmel 2008a). Im Kern solch dekonstruktivistischen Arbeiten in der historischen Kindheitsforschung steht daher auch die Einsicht, dass ‚Entwicklung‘ nicht als Wesensmerkmal von Kindern, sondern als ein Produkt der modernen ‚Entdeckung der Kindheit‘ zu verstehen ist (vgl. Honig 1999). Seine praktische Entsprechung fand die Entwicklung der Kinder dabei jedoch nicht nur in den wissenschaftlichen Formen seiner Beobachtung und Beschreibung, sondern auch in den mit dieser Entwicklungsperspektive verknüpften Altersregimes der Kindheit, wie z.B. der altersbezogenen Organisation der Schullaufbahn und der damit verbundenen ‚Chronologisierung des Lebenslaufs‘ (vgl. Närvänen und Näsman 2004; Zeiher 2009; Kelle 2001b).³

Dabei bestreiten auch diese dekonstruktivistischen und sozialkonstruktivistischen Arbeiten nicht, dass die spezielle körperliche Verfasstheit von Kindern (leibliche Verwiesenheit auf Erwachsene, Wachstum und Fähigkeitsgewinn) den materialen Ausgangspunkt für die Konstruktion von Kindern als ‚Entwicklungswesen‘ darstellen (vgl. Kelle 2007a). Jedoch wird

³ Im Kontext solcher kindheitssoziologischer Positionen wird entsprechend davon ausgegangen, dass Entwicklungsvorstellungen der Lebensführung von Eltern und Kindern nicht einfach zugrunde liegen, sondern in alltäglichen Praktiken reproduziert und plausibilisiert werden, da mit ihnen soziale Positionierungen verbunden sind. Aus der Perspektive der praxisanalytischen Kindheitsforschung ist diesen Praktiken das Wissen um die Entwicklungsprozesse von Kindern nicht einfach vorgängig, sondern das Wissen ‚steckt‘ vielmehr in den Praktiken selbst.

bestritten, dass diese leibliche Verfasstheit von Kindern als materialer Prozess der systematischen Entwicklung hin zum Erwachsenen konzipiert werden muss, der über den schrittweisen Vollzug von Entwicklungsaufgaben vollzogen wird. ‚Entwicklung‘ wird daher als eine historisch wie kulturell relative Konzeption von Kindern aufgefasst, welche weniger in der ‚Natur des Kindes‘, als in den diskursiven und praktischen Kontexten des Umgangs mit Kindern abgesichert wird.⁴

Aus der Perspektive der neueren sozialwissenschaftlichen Kindheitsforschung ist mit dem Terminus ‚Entwicklungskindheit‘ daher auch nicht die frühe Lebensphase einzelner Kinder gemeint, sondern das Arrangement von wohlfahrtsstaatlicher Regulierung des privaten und öffentlichen Sektors, von Experten- und Alltagsdiskursen über Kinder und deren Praktiken der Lebensführung, welche die Konzeptionen von *Kindheit* als Schutz- und Schonraum und von *Kindern* als Entwicklungswesen anleitet und reguliert (vgl. Honig 1999; Burman 1994). Analytisch basiert ein solches Verständnis von ‚Entwicklungskindheit‘ daher auf der konzeptuellen Trennung von Kind und Kindheit, welche als eine der zentralen theoretischen Ausgangsfiguren der neueren sozialwissenschaftlichen Kindheitsforschung gelten kann (Honig 2009a).

Der Terminus ‚Kind‘ wird dabei vor allem als Kategorie der sozialen Positionierung und Zugehörigkeit von Individuen innerhalb der Gesellschaft verstanden und ‚Kindheit‘ entsprechend als das Strukturierungsmuster, das diese Positionierung in je spezifischer Weise möglich macht (vgl. Hengst 2008; Hengst und Zeiher 2005, Qvortrup 2005). Mit ‚Kindheit‘ ist insofern eine soziokulturelle Form gemeint, die politisch reguliert, sozialstaatlich verwaltet, professionell organisiert und im Alltagshandeln von Kindern und Erwachsenen interaktiv reproduziert wird. Als sozialstrukturelle, diskursive und gelebte Form, ist ‚Kindheit‘ daher „nicht Inbegriff von Entwicklungs- und Sozialisationsprozessen, sondern selektiver Kontext und sozialer Code, der Entwicklungsprozesse normiert und den Kinder ihrerseits strukturieren“ (Honig 1999: 84). Foucault (1977) spricht daher von dem ‚Entwicklungskonzept‘ als einem "Dispositiv", das seine Teleologie, also seinen Zielpunkt des Erwachsen-Werdens, gleichsam in den Körper von Kindern ‚einschreibt‘ (vgl. auch Prout 2003).

Hiervon sind jedoch nicht nur die Kinder ‚betroffen‘, denn da es ja um die Entwicklung hin zum Erwachsenen geht, ist damit auch eine Bestimmung dessen verbunden, als was diese Erwachsenen zu verstehen sind. Der Typus der Entwicklungskindheit konstituiert somit auch ein spezifisches Konzept von ‚Erwachsenheit‘ (adulthood – vgl. Alanen 2005; Lee 2001) und ‚Elternschaft‘ (parenthood – vgl. Alanen 2009; Bloch und Popkewitz 2000). Da die teleologische Konzeption von Entwicklungskindheit somit vor allem die *Unterscheidung von Kindern und Erwachsenen* normiert, wird sie in kindheitstheoretischer Perspektive als eine epistemische *generationale Ordnung* gefasst, die mit der Differenzierung von Kind/Erwachsener und Kind/Eltern die damit angesprochenen Positionierungen *relational* reguliert.

Weisen die Begriffe der De- und Re- Familialisierung also vor allem auf die Strukturierungen von Kindheit und des Kind-Eltern- Verhältnisses in der Aufgabenverteilung von Staat und

⁴ Dass diese Konzeption von Entwicklung als ‚sozialer Tatsache‘ aber auch den Körpern von Kindern nicht äußerlich bleibt, macht das Konzept des „hybriden Kinderkörpers“ (Prout 2003) deutlich. In diesem Kontext arbeiten Studien heraus, wie Diskurse und Praxen den Kinderkörper ‚durchdringen‘ (Überblick in Prout 2000). Analog zu ähnlichen Konzepten des ‚embodiments‘ in der Geschlechtersoziologie oder den Disability-Studies lassen sich Kinderkörper dabei als praktizierte Realitäten verstehen, welche analytisch als „biologisch definierte Phänomene innerhalb sozialer Kontexte zu relokalisieren sind“ (Länger 2002).

Familie hin, so rückt das Konzept der *generationalen Ordnung* die epistemischen und praktischen Prozesse dieser gesellschaftlichen Regulierung von Kindern und Eltern in *ihrem relationalen Bezug* in den Vordergrund. Diese Relationierungen sind dabei als strukturelle Beziehungen zu verstehen, „in denen eine Position (wie die eines Elternteils) nicht ohne die andere (die des Kindes) existieren kann“ (Alanen 2005: 76). Alanen (2005, 2009) hat für die Analyse dieser relationalen Prozesse den Begriff des „generationing“ geprägt, der dazu einladen soll, diese relationalen Konstruktionen von Kindern und Erwachsenen/Eltern „als einen sozialen, praktischen und materialen Prozeß“ (2005: 79) zu verstehen, der am besten als eine soziale Praxis studiert werden sollte – oder wie Kelle (2005: 104) es formuliert: als ein „doing generation“.

Wie dieses "generationing" in Bezug auf Formen professioneller Entwicklungsbeobachtungen aussehen kann, ist jedoch (mit Ausnahme der aus dem DFG-Projekt entstandenen Studien) bisher nicht Gegenstand von praxisanalytischen Studien. Dieses Desiderat steht im Zusammenhang mit der mangelnden Aufmerksamkeit, welche die Entwicklung von Kindern als empirisches Phänomen (und nicht lediglich als zu dekonstruierende Kategorie) bisher in der sozialwissenschaftlichen Kindheitsforschung erfahren hat (vgl. Woodhead 2009; Kelle 2009). Die wenigen vorliegenden praxisanalytischen Studien zum "generationing" in der frühen Kindheit nehmen dabei vor allem pädagogische Institutionen in den Blick. So arbeiten beispielsweise wie Halldén (2005) und Jung (2009) die interaktive Ko-Konstruktion von Entwicklungsaufgaben zwischen Kindern und Erwachsenen in Kindertageseinrichtungen heraus. Darüber zeigen sie auf, wie *lokale Entwicklungskonzepte* praktiziert und in den jeweiligen Kontexten bedeutsam werden. Kontopodis (2007b) charakterisiert die organisationale Hervorbringung von ‚Entwicklungsprozessen‘ daher als ein „semiotic-material-ordering“, das in Schulen mit Hilfe von „temporal devices of control“ (Kontopodis 2007a, Absatz 7) vollzogen wird. Aufgrund der Fokussierung dieser Arbeiten auf das Verhältnis von professionellen Pädagogen und Kindern in pädagogischen Einrichtungen, steht jedoch weniger die Frage im Vordergrund, wie über diese praktizierten Entwicklungskonzepte, das Eltern-Kind-Verhältnis bestimmt und reguliert wird.

Ein solches "governing parents through developmental knowledge" (vgl. Bloch 2000; Bloch und Popkewitz 2000) wird jedoch wiederum in historischen Studien herausgearbeitet, die zeigen, wie die Entwicklung von Kindern als pädagogisches Projekt ‚entdeckt‘ (vgl. Honig 2006) und im Kontext propabilistischer, also auf Wahrscheinlichkeitsaussagen basierender Strategien der sozialhygienischen Regierung als ‚familiales Projekt‘ etabliert wurde. Beispielsweise arbeitet Armstrong (1995) heraus, wie im „rise of the surveillance medicine“ (ebd.) die Etablierung öffentlicher Entwicklungsbeobachtungen von Kindern mit der gesellschaftlichen Durchsetzung der sozialhygienischen Konstruktion von Elternschaft zusammenfiel. Turmel (2008a) analysiert, dass diese Entwicklungsüberprüfungen im späten 19. Jahrhundert erst über neue Formen der Visualisierung bevölkerungsstatistischer Daten möglich wurden, die Entwicklung als normierten Verlauf repräsentieren konnten. Dieses Wissen um Entwicklungsnormalitäten schuf dann wiederum die Voraussetzung für die rationelle Ausgestaltung der zeitgleich forcierten Maßnahmen zur Kontrolle und Anleitung der vor allem mütterlichen Familienarbeit in der Pflege und Aufzucht der Kinder (vgl. auch Rose 1999).⁵

⁵ In dem Zusammenhang haben vielfältige Studien an der Schnittstelle von Feminismus und Medizinsoziologie herausgearbeitet, wie diese Etablierung staatlicher entwicklungsdiagnostischer Verfahren an der Durchsetzung gesellschaftlicher Wertvorstellungen zur ‚guten Mutter‘ (vgl. Urwin 1985, für einen Über-

Historisch betrachtet muss das im Schnittpunkt von Medizin, Pädagogik und Psychologie aufgebaute Feld der Entwicklungsdiagnostik somit als ein zentraler Transmissionsriemen für das moderne Arrangement der ‚Entwicklungskindheit‘ gelten, da hier die gesellschaftliche Konstruktion bestimmter Kinderbilder mit der Formierung und Kontrolle familiärer Sorge- und Erziehungsaufgaben schon immer aufs Engste verknüpft waren. Zielten die damit verbundenen Hygiene- und Erziehungsregeln zu Beginn der Etablierung eines kindbezogenen Familienfürsorgewesens vor allem noch auf die Reduzierung der Säuglingssterblichkeit und die Sicherstellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Tüchtigkeit zukünftiger Industriearbeiter, Mütter und Soldaten (vgl. Turmel 1997), so hat sich der Fokus von Entwicklungsbeobachtungen im Zuge des Wandels hin zur Wissensgesellschaft vor allem dahingehend verschoben, dass mittlerweile die Voraussetzungen für eine befähigende Persönlichkeitsentwicklung und gelingende Bildungskarriere im Mittelpunkt stehen (vgl. Kap. 1, auch Hungerland 2003). Die Entwicklungsbeobachtungen richten sich entsprechend darauf, eventuelle Gefährdungspotentiale für optimale Entwicklungsprozesse frühzeitig in den Blick zu nehmen und die individuellen Zeitpunkte ‚entwicklungsangemessener‘ Förderangebote adäquat zu bestimmen (vgl. Kaščák und Pupala 2013). In diesem Kontext verändern sich dann aber auch die damit verknüpften Konzepte von Erwachsenenheit und Elternschaft (vgl. Millei und Lee 2007; Rose 1999).

2.3 Übergeordnete Fragestellung der vorgelegten Studien

Mit Blick auf den in Kap. 1 beschriebenen präventiven Bedeutungswandel der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen lässt sich mit diesen kindheitstheoretischen Konzepten also die Frage formulieren, wie die im Vollzug der Untersuchungen relevant gemachten Konzeptualisierungen kindlicher Entwicklungen mit bestimmten Konzeptualisierungen von Elternschaft ineinander fallen, oder anders formuliert: wie in den Untersuchungen ‚Entwicklungskindheit‘ praktiziert wird.

Die in diesem Konvolut präsentierten ethnographischen Studien explorieren diesen Zusammenhang mit unterschiedlichen Gewichtungen. Zum einen geht es dabei um die Frage, wie und mit welchen Mitteln in den Untersuchungsroutinen ‚Entwicklung‘ als Beobachtungsgegenstand praktiziert und somit der diagnostischen Beurteilung zugänglich wird. Es geht es also um die ‚einheimischen Entwicklungsbegriffe‘ der beiden Untersuchungen. Die Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen werden dabei als gesellschaftliche Orte der Produktion und Durchsetzung von Vorstellungen ‚normaler/nicht-normaler‘ Entwicklung untersucht und in diesem Sinne auf ihren spezifischen Beitrag zur *Entwicklungskindheit* befragt.

Zum anderen geht es in den Studien um die Frage, wie mit diesen praktischen (Re-)Konzeptualisierungen von ‚normaler Entwicklung‘ geklärt wird, wer zu diesen Entwicklungsprozessen wie und in welcher Weise beizutragen hat. Die Studien arbeiten dabei heraus, wie die Entwicklung von Kindern in den beiden Untersuchungsformen vor dem Hintergrund der elterlichen Sorge- und Erziehungsleistungen und -aufgaben beobachtet und konzipiert wird. Dass das Beobachtungsobjekt ‚Entwicklung‘ in den Untersuchungspraktiken auch als ein ‚familiales Projekt‘ hervorgebracht wird, macht die Untersuchungen somit zu einem gesellschaftlichen Ort der Vermittlung von Entwicklungs- und Erziehungsnormen und der (Re-)Produktion von gesellschaftlichen Erwartungen an die pädagogische Ordnung der Familie. In

blick Fehleemann 2009) und der bürgerlichen Kleinfamilie (vgl. Bloch und Popkewitz 2000, Foucault 2003b) beteiligt waren.

diesem Sinne werden Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen als Institutionen der *Entwicklungskindheit* verstanden.

Für die Erschließung dieser praktischen Hervorbringung von Entwicklungskindheit in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen ist dabei eine Gegenstandsmodellierung der Praxis der Entwicklungsbeobachtung vonnöten, die diese selbst auf ihre wissensproduktiven und sozialen Vollzugslogiken hin befragen kann. Die Grundlagen einer solchen praxisanalytischen Konzeption der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung werden im folgenden Kapitel skizziert.

3. Entwicklungsbeobachtung als Untersuchungsgegenstand

Sozialtheoretische Perspektiven und Forschungsstand

Mit der analytischen Frage danach, wie Entwicklung als Beobachtungsobjekt praktiziert wird und welche Regulierungen des Kind-Eltern-Verhältnisses damit vorgenommen werden, ist eine eigenständige Modellierung des Untersuchungsgegenstandes ‚Entwicklungsbeobachtung‘ verknüpft. Diese wurde in den vorliegenden Studien über einen wissenssoziologischen Zugang, präziser über eine praxisanalytische Modellierung der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung vorgenommen. Die Praxis der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen wird dabei als ein soziales und materiales ‚accomplishment‘ (vgl. Garfinkel 1967) entschlüsselt, das seinen Gegenstand (kindliche Entwicklung) und die damit verbundene soziale Ordnung *im Vollzug* herstellt. Eine solche praxisanalytische Konzeption des Beobachtens verändert in radikaler Weise den gängigen Blick auf die Akteure, die ‚Organisationsmittel‘ und das Wissen dieser Beobachtungspraxis. Daher werden die sozialtheoretischen Grundlagen eines solchen Verständnis von Beobachtung als ‚verteilter Praxis‘ im Folgenden etwas ausführlicher dargestellt. Dieser Beobachtungsbegriff grenzt sich dabei von drei anderen Konzeptionen des Beobachtens ab, welche derzeit das Forschungsfeld zu den Formen der professionellen Entwicklungsbeobachtung strukturieren. Um die Unterschiede und zum Teil aber auch Gemeinsamkeiten dieser distinkten Forschungszugänge aufzuzeigen, werden im Sinn einer *konzeptionellen Rahmung* auch diese anderen Forschungszugänge zur Beobachtungspraxis vorgestellt und der aktuelle Forschungsstand entlang der jeweiligen sozialtheoretischen Bezüge aufgezeigt.

Zunächst wird dabei auf die Konzeption von Beobachtungen kindlicher Entwicklungsverläufe eingegangen, welche die früh- und sonderpädagogische, pädiatrische, entwicklungspsychologische und klinisch-psychologische Fachdebatte derzeit dominiert. Beobachten wird hier als ein ‚individuelles Können‘ und eine ‚professionelle Kompetenz‘ von Beobachtungssubjekten gefasst (3.1.1). Der zweite Schritt markiert den Übergang zu dezidiert sozialwissenschaftlichen Konzeptionen von Beobachtung, wobei in Schritt zwei zunächst die Forschungsarbeiten vorgestellt werden, die Beobachtungspraxen als organisationales und institutionelles Handeln modellieren. In dieser Forschungsperspektive rücken vor allem die Klassifikationssysteme und Verfahren in den Blick, die Beobachtungen anleiten (3.1.2). Im dritten Unterkapitel werden die Forschungsarbeiten subsummiert, die das Beobachten im Sinn von machtvollen Wissensordnungen und dem Sinne als diskursive Praktiken modellieren (3.1.3). Diese Perspektive weist vielfältige Bezüge zur Praxisanalyse von Beobachtungspraktiken auf, welche im vierten Unterkapitel ausführlich vorgestellt wird. Dabei wird auch Bezug auf Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen zur diskursanalytischen Perspektive genommen (3.1.4).

Der verbindende Bezugspunkt dieser vier Unterkapitel liegt in der methodologischen Frage, wie die Praxen der Entwicklungsbeobachtung von Kindern (und weiteren Beobachtungsgegenständen) sozial- und beobachtungstheoretisch gefasst werden. Wie im Fortgang der Argumentation zu sehen sein wird, geht es dabei vor allem darum, zu fragen, wer oder was in diesen distinkten Forschungsperspektiven als ‚Sinnzentrum‘ der Beobachtung gedacht wird und *was* dabei *wie* als Gegenstand der Beobachtung dargestellt werden kann.

Mit Bezug auf diese methodologische Perspektive wird die Vielfalt der jeweils unter ein Feld subsumierten Forschungszugänge entsprechend auch nicht differenziert dargestellt, sondern zu Gunsten der übergreifenden methodologischen Fragestellung synthetisiert. Dies bringt eine gewisse Unschärfe mit sich, die hier aber bewusst in Kauf genommen wird, um Grenzlinien in der sozialwissenschaftlichen Konzeptualisierung von Beobachtungspraxen zu pointieren. Mit dieser eigenständigen Ordnungsperspektive ist auch verbunden, dass die in medizinisch-psychologischen Forschungsfeldern stark gemachte Trennung zwischen *Beobachten*, *Screenen* und *Diagnostizieren* zugunsten eines offeneren Begriffes von ‚Diagnostik‘ aufgelöst wird, wie er bereits in Kap. 1 in Anspruch genommen wurde. Zudem werden all diese Formen von Diagnostik mit dem grundlegenderen Begriff der ‚Beobachtung‘ umrissen. Dies begründet sich daraus, dass zum einen all diesen Praxen ‚Beobachtungen‘ zu Grunde liegen, d.h. jedes Diagnostizieren ist auf gezielte Wahrnehmungsoperationen angewiesen, daher wird der Begriff der Beobachtung hier als Oberbegriff benutzt. Darüber hinaus, erweitert der Begriff der Beobachtung den Forschungsstand um nicht-medizinische/pädagogische Praxen des Beobachtens ‚von etwas als etwas‘, die hier ebenso für die Gegenstandskonstitution herangezogen werden.

3.1 Distinkte Forschungsperspektiven und ihre gegenstandstheoretischen Modellierungen von Beobachtungspraxen

3.1.1 Individuelles Können: Entwicklungsdiagnostische Beobachtungen als professionelle Kompetenz beobachtender Subjekte

Der in der medizinisch-psychologischen, wie auch frühpädagogischen Forschung vorherrschende Zugriff auf entwicklungsdiagnostische Praktiken konzipiert diese als Ausdruck der diagnostischen Kompetenz der professionellen Akteure. Das diesen Studien zugrundeliegende Verständnis von Beobachtung als Grundlage des diagnostischen Handelns wird dabei nah am Alltagsgebrauch als eine Form der aufmerksamen und zielgerichteten Wahrnehmung konzipiert (vgl. Reh 2012). Beobachten ist in diesem Verständnis eine sinnlich perzeptive Tätigkeit, die sich in fokussierter Weise auf bestimmte Objekte richtet. Erst diese Aufmerksamkeitsfokussierung unterscheidet ‚einfaches Wahrnehmen‘ (sehen, hören, spüren) von ‚Beobachten‘. Aufgrund dieser Bindung des Beobachtens an den Wahrnehmungs- und Kognitionsapparat von Individuen haben sich hier auch in der ‚positivistischen‘ Forschung konstruktivistische Beobachtungskonzepte durchgesetzt, die darauf aufbauen, dass in den Beobachtungstätigkeiten Objekte nicht einfach nur abgebildet, sondern durch die subjektive Fokussierung und Verarbeitung der Daten aktiv hergestellt werden (vgl. Martin und Wawrinski 2006: 28-29). Bezugspunkt ist hier entsprechend der unauflösliche Zusammenhang von Wahrnehmungsprozessen, Wissensbeständen, Gedächtnisleistungen, Emotionen und (Vor-)Urteilen, in dessen Kontext nicht nur bestimmte Urteile über das Beobachtete gefällt werden; das ‚Beobachtete‘ tritt dadurch auch erst als bestimmtes Objekt hervor (für eine stärker phänomenologische Lesart vgl. Schäfer 2010). Als aktive Konstruktionsprozesse von Subjekten sind Beobachtungen entsprechend auch an die soziokulturellen Referenzsysteme

des Beobachters gebunden – dies ist wenn man so will die ‚soziale Seite‘ von Beobachtungen, die jedoch immer nur von einzelnen Individuen als ‚beobachtende Subjekte‘ vollzogen werden kann.

Da es in der diagnostischen Praxis vor allem darum geht, auf der Basis von systematischen Beobachtungen Entscheidungen zu treffen, das heißt das Beobachtete mit expliziten und begründbaren Urteilen zu verknüpfen, kommt der subjektiven ‚Geladenheit‘ von Beobachtungsurteilen in der medizinisch-psychologischen Forschung eine besondere Aufmerksamkeit zu. Die Konstruktivität von Beobachtungs- und Beurteilungsprozessen wird nämlich dann zum Problem, wenn auf der Basis fehlenden Wissens falsche Urteile getroffen werden oder verschiedene professionelle Beobachter bezogen auf dasselbe Phänomen zu unterschiedlichen diagnostischen Urteilen kommen. Psychologen sprechen hier von ‚Beobachterfehlern‘ oder ‚Beurteilerfehlern‘, in der medizinischen Literatur wird dieses problematische Verhältnis von Beobachtung und Urteil vor allem als ‚Untersuchervariabilität‘ problematisiert. Für den Bereich der pädagogischen wie medizinischen Entwicklungsdiagnostik wird diesen Untersuchervariabilitäten vor allem im Hinblick auf ungleich verteiltes Wissen über Entwicklungsphänomene bei Kindern (vgl. Petermann und Macha 2005; Flender 2005) und dem damit verknüpften Einsatz verschiedener, z.T. ungeeigneter Instrumente, bzw. dem falschen Umgang mit guten Instrumenten zur Beobachtung und Beurteilung von Entwicklungsphänomenen Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Ulich und Mayr 1996; Reuner und Pietz 2006; Sices 2007). Aber auch die ungleiche Beurteilung von gleichen Phänomenen vor dem Hintergrund bestimmter Personenmerkmale der Untersucher (vor allem Alter, Geschlecht, ‚Rasse‘, Einkommen, Ausbildung) als auch der Patienten/Klienten (vor allem Schicht, Ethnizität, Geschlecht) wird kritisch herausgestellt (expl. Loring und Powell 1988; Crossley und Davies 2005; Reusser, Pauli und Elmer 2011; Boer 2012). Hier geht es entsprechend um bestimmter biographische und handlungsorientierte Konfigurierungen des individuellen Beobachtungswissens, die als ‚Vorurteile‘ gegenüber bestimmten Patienten die Untersuchungspraxis beeinflussen.

Zudem wird dem Einfluss von Entscheidungskontexten auf die individuelle Beobachtungs- und Beurteilungstätigkeit zunehmend mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Dazu wird beispielsweise herausgearbeitet, wie Sach- und Zeitzwänge zu ungenauen Beobachtungen oder falschen Beurteilungen führen (vgl. Ehrlich et al. 1988; Anke 2004). Als weiterer Bedingungskontext von Entwicklungsbeobachtungen wird zudem die Asymmetrie zwischen den Beteiligten zur Verfügung stehenden Wissensressourcen und den damit verbundenen Machtpotentialen (vgl. Streek 2002), also die Differenz zwischen Experten- und Laienperspektive. Die diagnostischen Situationen werden dann als Kommunikationsgeschehen thematisch, wodurch auch die Eltern in den Blick geraten. Beispielsweise indem herausgearbeitet wird, wie die Art und Weise, wie Eltern ihre Laiendiagnosen vorbringen, die Diagnostizitätigkeiten von Pädiatern beeinflussen (vgl. Wassmer, Minnar und Abdel 2004; Sleath et al. 2011).¹

Aber auch in den stärker kontext- und kommunikationsbezogene Analysen bleiben diese Forschungsperspektiven, was die Konzeptualisierung von ‚professioneller Beobachtung‘ an-

¹ Die Bemühungen um die Weiterentwicklung entwicklungsdiagnostischer Verfahren in Pädagogik, Medizin und Psychologie zeichnen sich daher vor allem dadurch aus, dass Beobachterfehler und Untersuchervariabilität neben der langen Einübung in professionelle Beobachtungstechniken und diagnostische Verfahren in der Aus- und Weiterbildung und durch methodische Standards (z.B. durch ‚Leitlinien‘, evidenzbasierte Medizin) und standardisierte Instrumente der Beobachtungstätigkeit (z.B. Screenings) kontrolliert werden sollen, zudem soll die kommunikative und reflexive Kompetenz der Diagnostiker gestärkt werden.

geht, einem Modell verhaftet, das diese als *professionelle Kompetenz beobachtender Subjekte* versteht. Von den bereits genannten Forschungsarbeiten, die danach fragen wie diese professionelle Kompetenz hergestellt, gesichert und kontrolliert werden kann, grenzt sich die hier zuletzt genannten Erweiterungen der Forschungsperspektiven ‚lediglich‘ darüber ab, dass gefragt wird, von welchen Faktoren in der Untersuchungspraxis, diese individuelle Kompetenz beeinflusst und ‚bedrängt‘ wird. Forschung, die sich in dieser Hinsicht der Praxis entwicklungsdiagnostischen Beobachtens zuwendet, begreift diese also vor allem als Ort der professionellen Anwendung fachlichen Wissens² und richtet den Blick entsprechend auf die Beobachter als wissensgeleitete, rational entscheidende Personen. Instrumente der Entwicklungsdiagnostik, wie z.B. Entwicklungstests werden dabei als Repräsentanten von bestimmten Wissensbeständen gefasst (vgl. Kahl und Emmel 2002; Petermann und Macha 2005; Reuner und Pietz 2006) und die Professionellen, die mit diesen Instrumenten arbeiten, als Anwender konzeptualisiert.

3.1.2 Verfahren und Klassifikationssysteme: Entwicklungsdiagnostische Beobachtungen als organisationales und institutionelles Handeln

Demgegenüber wenden sich wissens- und organisationssoziologisch ausgerichtete Forschungsarbeiten vor allem den institutionellen und organisationalen Kontexten zu, in denen beispielsweise die Entwicklung von Kindern professionell beobachtet und beurteilt wird. Auch sie referieren dabei auf die Konstruktivität von Beobachtungs- und Diagnoseleistungen, stellen dabei jedoch weniger die individuelle, als denn die soziokulturelle Dimension dieser Konstruktionsprozesse heraus. Daher richtet sich der Blick auch weniger auf die Personen, die die entwicklungsdiagnostischen Beobachtungen durchführen, sondern auf die sozialen ‚Mittel‘, mit deren Hilfe Phänomene überhaupt als spezifische erkannt, einsortiert und bearbeitbar werden.

Wichtige Arbeiten zur Etablierung dieser Perspektiven sind dabei vom so genannten Labeling-Approach (vgl. Illich 1984; Conrad 2007) und dessen Weiterentwicklung zum „doing social problems“-Ansatz (Groenemeyer 2008) ausgegangen, mit deren Hilfe die politische Durchsetzung und den Gebrauch diagnostischer Kategorien, beispielsweise die Medikalisierung von bestimmten sozialen Problemen und Gruppierungen in der Gesellschaft, herausgearbeitet wurde. Diagnostische Kategorien werden hier als Etiketten (Labels) verstanden, mit deren Hilfe Personen bestimmte Eigenschaften zugeschrieben werden und die als „kulturelle Artefakte“ (Wenke 2006) Ausdruck gesellschaftlicher Machtverhältnisse und des gesellschaftlichen Umgangs mit der Abweichung von Normalerwartungen sind.

In Bezug auf diese „politics of definitions“ (Conrad und Schneider 1980) liegen Studien vor, die die Karriere von solchen Etiketten und Problemdiskursen, wie beispielsweise der ‚Legasthenie‘ (Bühler-Niederberger 1991), der ‚Hyperkinesie‘ (Conrad 2007) und der ADS/ADHS (Jantzen 2001) als dynamisches Konglomerat von familiären wie fachlich-organisationalen Problemstellungen (z.B. in Schulen), politischen Handlungsbedarfen und den Professionalisierungsstrategien einzelner Berufsgruppen rekonstruieren (vgl. Diehm und Kuhn 2006).³ In

² Diese Unterscheidung von *professioneller* Anwendung und *fachlichem* Wissen, zielt auf das in Medizin wie Pädagogik vorherrschende Konzeptualisierung von professioneller Praxis, die zwar auf wissenschaftlichem/fachlichem Wissen aufbaut, dieses jedoch nicht einfach nur anwendet, sondern im Umgang mit den Unwägbarkeiten des jeweiligen Falles situationsadäquat zum Einsatz bringt und damit auch die Ungewissheitsstrukturen fallbezogenen Handelns zu bearbeiten vermag (vgl. Oevermann 1996, Paul 2006).

³ Vgl. für den frühpädagogischen Bereich auch die Analysen von Ellegaard (2004) zu „kompetenten“, von Sitter (2011) zu „sozial benachteiligten“ und Diehm (2002) zu „Problem-Kindern“.

Bezug auf die Entwicklungsprozesse junger Kinder bilden diese Studien die Grundlage einer sozial- und sonderpädagogischen, wie auch kritisch-psychologischen Debatte um ein angemessenes Verhältniss von Entwicklungsmodellen und entwicklungsbezogenen Beobachtungs- und Diagnoseverfahren (vgl. Feuser 1989; Seitz 2004; Leu 2006).⁴

Um konkrete Prozesse der Institutionalisierung sozialer Problemdiskurse in Beobachtungsaktivitäten zu analysieren werden auch die diagnostischen Verfahren selbst in den Blick genommen (vgl. Leiter 2007). Dabei wird herausgearbeitet, dass es vor allem die Verknüpfung von bestimmten Klassifikationsmerkmalen mit der Verfahrensdynamik ist, die dafür sorgt, dass die ‚Objekte‘ diagnostischer Beobachtung lediglich als Bündel von Klassifikationen, oder als ‚Fall von...‘ wahrgenommen werden (vgl. Wolff 1983). Standardisierte Prozesse der Herstellung von Diagnosen stellen jedoch nicht nur eine institutionalisierte Grenzziehung zwischen ‚normal‘ und ‚pathologisch‘ her, „sie markieren gleichzeitig professionelle und institutionelle Grenzen der Zuständigkeit und autorisieren diese Institutionen zu z. T. weit reichenden Interventionen in die individuelle Lebenspraxis“ (Groenemeyer 2008: 123). Im Anschluss an diese Perspektive werden diagnostische Prozeduren daher auch als „peoples processing organisations“ (Hasenfeld 1972) verstanden; also als Organisationen, deren Umgang mit Personen primär darauf zielt, deren Status zu ändern (so z.B. von ‚normal entwickelt‘, zu ‚entwicklungsauffällig‘), damit an diesen neuen Status weitere Maßnahmen anschließen können (bspw. Therapie). Gerade diese statusdifferenzierende Funktion wird als zentraler Mechanismus dafür hervorgehoben, dass diagnostische Verfahren Prozesse „sozialer Ausschließung“ (Cremer-Schäfer und Steinert 2000) ‚organisieren‘, oder wie Gomolla/Radtke (2007) für Schuleingangsverfahren herausarbeiten, als Mechanismen „institutioneller Diskriminierung“ zu verstehen sind (vgl. auch Diehm und Panagiotopoulou 2011).

Zur Analyse dieser Verfahrenslogiken rücken dann auch die Instrumente und Dokumente des professionellen Beobachtens in den Fokus. Gefragt wird dabei vor allem, in welcher Weise diese dazu beitragen den Blick der Professionellen einzuengen und in eine bestimmte Richtung lenken (vgl. Schrödter 2006). Die Instrumente und Dokumente werden dabei als Repräsentanten von bestimmten institutionellen Wissenssystemen verstanden und auf die in ihnen dokumentierten Labels oder Problematisierungsstrategien hin analysiert (vgl. Wolff 1983), bzw. herausgearbeitet, wie sich am institutionellen Umgang mit diesen Instrumenten die Verfahrenslogik und -dynamik ablesen lässt (vgl. Kottmann 2006; Gomolla und Radtke 2007).⁵ Die Beobachter treten dabei tendenziell hinter diese Verfahrensdynamiken und Instrumente zurück, daher werden sie hier vor allem auch als institutionelle Akteure konzeptualisiert.

Die Eltern geraten in dieser Perspektive vor allem in Bezug auf ihre ‚eigenständigen‘ Problemdiskurse in den Blick. Beispielsweise wird für den deutschen Diskurs herausgearbeitet, wie das Label „Risikofamilie“ daran mitwirkt, bestimmte Familien und Eltern abzuwerten und

⁴ Darüber hinaus wird hervorgehoben, dass eine unreflektierte Orientierung an standardisierten Diagnostiken auch die Beobachter/Diagnostiker selbst in das Gerüst der Klassifikationssysteme ‚einsperre‘, womit professionelles Handeln in einem normativen Verständnis verhindert werde (Schrödter 2009; Boer und Reh 2012). Entsprechend richten sich die fachlichen Bemühungen in dieser Forschungsrichtung vor allem darauf, professionelle Beobachtungs- und Diagnosemodelle zu entwickeln, die sich einer solchen einseitigen Klassifizierungslogik entziehen (Müller 1996) oder die reflexive Selbst-Beobachtung der Beobachter selbst mit zum Thema machen (vgl. Martin und Wawrinowski 2006; Boer und Reh 2012).

⁵ Wie Wolff (2000a) für die Rolle von Dokumenten in der Etikettierungstheorie herausarbeitet, ist dabei gerade für die älteren Arbeiten aber auch charakteristisch, dass das „Ideal einer ‚richtigen‘ Abbildung“ (ebd.: 505) von menschlichen Verhaltensweisen, Kompetenzen, Leistungen, etc. in solche Instrumenten/Dokumenten nie wirklich aufgeben wurde.

Staat und Familie insgesamt in ein anderes Verhältnis zu setzen (vgl. Hensen und Schöne 2009; Kutscher 2012). Der Problemdiskurs um die „Risikofamilien“ bildet dabei, wie bereits in der Einleitung aufgezeigt wurde, einen Legitimationshintergrund für den Ausbau entwicklungsbezogener Kinderbeobachtungen. Deren eigenständige Vollzugswirklichkeit und die Frage, wie Eltern in diesen Untersuchungen als solche adressiert werden, ist dabei jedoch kein Thema.

Ungeachtet ihrer eigenen Leistungen ist diese Forschungsperspektive für die hier grundlegende Frage nach den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung entsprechend vor allem mit Blick auf Diagnosesysteme und die Verfahren der standardisierten Abweichungsproduktion (Krankheit, Störung, etc.) produktiv. Dabei wird Beobachten nicht mehr als individuelle Kompetenz, sondern als organisationales und institutionelles Geschehen gefasst, was die Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen als organisierte, institutionalisierte und gesellschaftlich-kontextuierte Veranstaltungen der Entwicklungsbeobachtung in den Blick rückt. Mit ihrem Blick auf die ‚sozialen Mittel‘ die Beobachtungspraxen anleiten und strukturieren, geraten jedoch die Akteure und damit das Praktiziertwerden von Beobachtung aus dem Blick. Zudem vereengt sich der analytische Blick hier auf die Frage der gesellschaftlichen Konstruktion sozialer Abweichung und sozialer Probleme (wie Armut, Delinquenz, Krankheit). Die Frage, wie sich grundlegendere Konzepte wie z.B. die Entwicklung von Kindern in den Praktiken ihrer Beobachtung selbst materialisieren und welche Leistungen diese für die praktische Relationierung von Eltern und Kindern in den Untersuchungen spielen, wird mit diesen Perspektiven entsprechend nicht (vollständig) bearbeitbar.

3.1.3 Machtvolle Wissensordnungen: Entwicklungsdiagnostisches Beobachten als diskursive Praktiken

Eben gerade in dieser Abgrenzung von ‚abweichungs‘ – und ‚problembezogenen‘ Analysefokus werden diese Forschungsperspektiven in jüngerer Zeit zunehmend von diskursanalytischen, gouvernementalitätstheoretischen oder biopolitischen Zugängen zu professionellen Beobachtungs- und Diagnostizitäten abgelöst bzw. um diese ergänzt (vgl. Farrugia 2009; Ott 2011). Dabei geht es dann nicht mehr um die Frage, in welche gesellschaftlichen Dynamiken der Herstellung und des Umgangs mit Abweichung diagnostische Verfahren eingebunden sind. Vielmehr wird in den Vordergrund gerückt, in welche historischen Formationen des Wahrnehmbaren und Sagbaren diese Verfahren und Praxen grundlegend eingebunden sind. Im Anschluss an Foucaults epochale Studie zur Formierung des ärztlichen Blicks in der „Geburt der Klinik“ (Foucault 2005) und seinen späteren Ausarbeitungen zur Bio-Macht und zur Gouvernementalität (vgl. Foucault 2003a) interessieren sich diese Forschungsarbeiten für die komplexen Wissenskulturen und gesellschaftlichen Dispositive der (Bio-)Medizin und Psychologie, in denen sich Beobachtungsgegenstände *als solche* formieren und somit für Beobachter auch überhaupt erst ‚erkennbar‘ werden (vgl. auch Gehring 2006; Lemke 2007, speziell mit Bezug auf Kindheit Nadesan 2010).

Professionelle diagnostische Beobachtungstätigkeiten sind in dieser Perspektive entsprechend in Relation zu „Diskursen“ zu denken, wobei mit Diskursen jene heterogenen Praktiken gemeint sind, „die systematisch die Gegenstände bilden, von denen sie sprechen“ (Foucault 1981:74). Diskurse sind somit als Generator und Materialisierung dessen zu verstehen, was zu einer bestimmten Zeit gesagt, gedacht – und damit eben auch ‚beobachtet‘ werden kann. Welches fundamentale Verständnis von Materialisierung damit verbunden ist, zeigt sich besonders gut an dem zentralen Stellenwert, den Foucault in seinen Studien dem Körper

zugedacht hat (vgl. auch Butler 1993). Dieser wird dabei als „das Produkt – die Materialisierung – der Diskurse, die es über ihn gibt“ (Gugutzer 2004: 75) verstanden.

Forschungsaktivitäten richten sich in dieser Perspektive entsprechend auf die historischen und kulturellen Wissensformen, in denen sich, wie beispielsweise Nadesan (2002, 2010) herausarbeitet, Phänomene wie ‚optimierbare kindliche Entwicklung‘ positiv herausbilden. Mit Bezug auf entwicklungsdiagnostische Verfahren liegen aus dieser Perspektive vor allem historische Arbeiten vor, die zum einen, wie Armstrong (1995) den Fokus auf den „rise of the surveillance medicine“ richten, als dessen Katalysator er die Einführung von Kindervorsorgeuntersuchungen⁶ im 20. Jahrhundert bestimmt. Dieser Aufstieg der *surveillance medicine* habe, so Armstrong, eine Transformation des Körperkonzeptes hervorgebracht, insbesondere weil der bis dato an die Krankenhaus- und Krankenbettmedizin gebundene ‚anatomische Körper‘ von Kindern und Erwachsenen nun anders verräumlicht wurde („spatialization“). Durch die für die *surveillance medicine* zentralen Risikokonzepte, durch die eine präventive Dauerbeobachtung erst möglich wurde, konfigurierte sich der ‚Körper der Medizin‘ nun nämlich als ein immer schon durch die Zukunft gefährdeter Körper, wodurch sich ein „fundamental remapping of the spaces of illness“ (ebd.: 393) vollzug. Die ‚Physik‘ von Erkrankungen wurde durch die für Prävention unerlässlichen kalkulatorischen Techniken nämlich nicht nur temporalisiert, sondern auch in gewisser Weise vom Individuum gelöst, d.h. exkorporalisiert („excorporalization“). In ihrem Bezug auf die Bevölkerungsstatistik erstreckten sich Krankheiten nämlich nun auch in den sozialen Raum, was Armstrong (1983) als neue „politische Anatomie“ des Körpers charakterisiert. Dabei zeigt Armstrong (2002) auch auf, wie diese präventive Beobachtungslogik im gesundheitspolitischen Körperdiskurs des 20. Jahrhunderts ein neues identitätsbezogenes Selbstverhältnis von Individuen prägte. Wie stark sich diese an Prävention ausgerichtete Selbststeuerung von Personen aktuell an den gesundheitsbezogenen Körperpraktiken von Personen ablesen lassen, zeigen Studien auf, die dies als Formierung eines "Präventiven Selbst" herausarbeiten (Niewöhner, Kehl und Beck 2008; Lengwiler und Madarász 2010).

Professionelle Beobachtungspraktiken sind in dieser diskurs- und gouvernementalitätstheoretischen Perspektive entsprechend eingebunden in weitreichendere Prozesse der Transformation von gesellschaftlichen Wissensordnungen, die nicht auf die Frage der Entwicklungsbeobachtung beschränkt bleiben, sondern ebenso die Felder der Politik und Wirtschaft transzendieren. So arbeitet beispielsweise Nadesan (2010) für die Optimierung von Entwicklungs-kindheit durch Screenings heraus, wie die Formierung von Kindern in Optimierungsdiskursen mit der weitergreifenden Formierung eines ‚neoliberalen Subjektes‘ im ausgehenden 20. Jahrhundert und den damit verknüpften gouvernementalen Regierungstechniken verknüpft ist. Kelle (2013) ordnet die hier interessierenden Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen in ein umgreifendes Dispositiv der Prävention ein, „das Normalität über präventive Dauerbeobachtung sowie die Selbstausrichtung der Subjekte am präventiven Paradigma sichert“ (Kelle 2013: 33). Auch Tervooren (2010) hebt in diesem Zusammenhang die Zunahme und Vielfalt an entwicklungsdiagnostischen Beobachtungen, die Kinder gerade vor dem Schuleintritt durchlaufen, hervor. Als institutionalisierte Sprechkanäle erzeugten diese eine "Anreizung" von Frühförderdiskursen, über die bestimmte Normalvorstellungen den Subjekten nach und nach "eingekörpert" werden (ebd.).

⁶ Die Kindervorsorgeuntersuchungen nannten sich im England des beginnenden 20. Jahrhunderts jedoch „Child Health Services“ und wurden in öffentlichen Kliniken durchgeführt.

Diese Verschränkung von Fremd- und Selbstwahrnehmung und der Einschreibung von Diskursen in das Selbsterleben, das Begehren und die Identität von Personen, wird dabei mit den Termini der Subjektivation oder der Subjektivierung umrissen (vgl. Burman 1994; Rose 1999). Damit rücken sowohl die Praxen und historischen Prozesse in den Vordergrund, in denen sich bestimmte Möglichkeitsräume für Subjektkonzeptionen herausbilden, als auch die Prozesse in denen sich je konkrete Personen als sich selbst und handlungsmächtig erleben und an eine Identität gebunden werden (vgl. Keller, Schneider und Viehöver 2012). Dabei werden diese Prozesse der Subjektivierung als performative Prozesse verstanden, also als Selbstherstellung, welche jedoch nur innerhalb eines Feldes gesellschaftlich möglicher Erfahrungen vollzogen werden können, entsprechend sind diese Performanzen „eingebunden in Ordnungen des Wissens, Kräftespiele und Herrschaftsverhältnisse“ (Bröckling und Krasmann 2010: 30; auch Ricken und Balzer 2012).

Diese Perspektive auf die Subjektivierungsprozesse in diagnostischen Praxen betrifft mit Blick auf die hier interessierenden Vorsorgepraxen dann jedoch nicht nur Kinder, die ja das ‚Objekt‘ der entwicklungsdiagnostischen Praxis bilden. Auch die Professionellen, die Beobachter, werden in den Beobachtungspraxen subjektiviert, da sie in den entwicklungsdiagnostischen Diskursen in je spezifischer Weise erst als Beobachter befähigt und ‚autorisiert‘ werden (vgl. Armstrong 2002: 159-186; Ott und Wrana 2010; Retkowski, Schäuble und Thole 2012). Die ungleiche Verteilung von Wissen in diagnostischen Prozeduren wird in dieser Forschungsperspektive entsprechend auch nicht als an Rollen gebundene Wissens-Asymmetrie (Laien/Professionelle), sondern als ungleiche Positionierung und Adressierung innerhalb von machtvollen diskursiven Praxen rekonstruiert, welche für die involvierten Personen, beispielsweise die Eltern, unterschiedliche Optionen für ihr Handeln und somit für differente Selbst- und Fremdverhältnisse, oder eben: für Subjektpositionen bereit hält (vgl. Lupton 1994; Ricken und Balzer 2012).

Die etikettierungstheoretischen und gouvernementalitätstheoretischen Forschungszugänge unterscheiden sich entsprechend auch darin, wie sie Individuen und die gesellschaftliche Macht zueinander in Beziehung setzen. Greift der Labeling-Approach vor allem auf das rollentheoretische Sozialisationskonzept zurück um zu erläutern, wie Individuen in Etikettierungsprozessen die ihnen zugeschriebenen Rollen sukzessive als Selbstkonzepte übernehmen (vgl. Zimmermann 2006), so gehen die gouvernementalitätstheoretischen Forschungsansätze von einer nicht mehr länger nur repressiven sondern auch produktiven Macht aus, in deren Kontext sich Individuum und Macht nicht gegenüber stehen, sondern sich wechselseitig durchdringen. Subjekte gleichen insofern, wie Bröckling und Krasman (2010) im Anschluss an Foucault hervorheben, „einem Relais. Indem sie sich als Subjekte artikulieren, nehmen sie Formen der Machtausübung auf, geben sie weiter und formen sie zugleich um, brechen und variieren sie“ (ebd.: 30).

Mit Bezug auf den Beobachtungsbegriff ist entsprechend festzuhalten, dass Beobachtungen in dieser Perspektive weder von (in)kompetenten Subjekten gemacht werden, deren ‚Blick‘ diesen Praxen vorgängig ist, noch von institutionellen Akteuren, deren Aktionsradii im Gerüst der Klassifizierungen ‚eingesperrt‘ ist. Vielmehr wird in diskursanalytischer Perspektive gefragt, im Kontext welcher historischen Figurationen Beobachtungen als Wissenspraxen möglich werden, wie in den Beobachtungspraxen machtvolle Diskurse reproduziert, transformiert und modifiziert werden, und wie sich diese in einer Verschränkung von Fremd- und Selbstbeobachtung in den Körper und den Willen der Beteiligten an dieser Beobachtungspraxis (Mediziner, Kinder, Eltern) einschreiben.

Empirischer Referenzpunkt sind hier jedoch zumeist sprachliche Akte, seien sie mündlicher oder schriftlicher Natur. Beobachtungsinstrumente, wie z.B. Screeningbögen und Tests, aber auch die gesetzlichen Dokumente oder auch Verfahrensbeschreibungen, welche bestimmte Praktiken der Beobachtung regulieren, werden dabei in machtanalytischer Perspektive darauf hin befragt, wie sie an der Konstitution von „Wirklichkeitsfeldern“ (Lemke 2004: 4) teilhaben. Sie werden entsprechend auf ihren Programmcharakter hin untersucht, wobei unter ‚Programmen‘ die spezifischen gouvernementalen Technologien verstanden werden, „die einen Zusammenhang von Selbst- und Fremdführung konfigurieren“ (Ott und Wrana 2010: 157). ‚Programme‘ machen Probleme als diskursive Gegenstände einerseits begreifbar und schlagen Wege zur ihrer Lösung vor, andererseits halten sie Menschen dazu an, sich im Kontext dieser Problemkonfigurationen in spezifischer Weise als verantwortliche Subjekte zu begreifen und zu verhalten (vgl. Bröckling, Krasmann und Lemke 2004). So zeigt Plum (2012) an programmatischen Dokumenten zur frühpädagogischen Praxis der Beobachtung und Dokumentation kindlicher Bildungsaktivitäten in Kindertageseinrichtungen, wie die Aufgabe der pädagogischen Fachkräfte dort als kontinuierliche Arbeit an der Produktion des „learning child“ entworfen wird. Kelle und Seehaus (2010) arbeiten an der Analyse von Kindervorsorgeheften heraus, wie diese Hefte in der Ansprache der Eltern und der Präsentation von Entwicklungstabellarien Funktionen der staatlichen Kontrolle der Eltern "inkorporieren", wodurch diese als Verantwortliche für die Entwicklung ihrer Kinder "aktiviert" werden.⁷ Auch Turmels (2008a) historische Studie zur gesellschaftlichen Produktion des „normalen Kinds“ über Visualisierungstechniken (vgl. Kap 2.2) lässt sich solchen Programmanalysen zurechnen.

Wie ich mit Kelle und Seehaus (Bollig, Kelle und Seehaus 2012) herausgearbeitet habe, wird mit solchen Programmanalysen, die sich methodisch an der Konstruktion und gesellschaftlichen Debatte zu solchen Instrumenten der Beobachtung orientieren, jedoch zu sehr eine Gleichsetzung von Programmen und konkreten Praxen der Gesundheitsfürsorge unterstellt. In der historischen Langzeitperspektive können Studien, wie die von Turmel, zwar die Durchsetzungsgeschichte des normalistischen Entwicklungsparadigmas und der Institutionalisierung der Entwicklungsdiagnostik an grafischen und textuellen Artefakten nachzeichnen, projizieren diese Institutionalisierungsprozesse methodisch jedoch auch auf die Dokumente und ihren ‚historischen‘ Aussagegehalt zurück. Dieser Vorbehalt trifft sich mit einer grundlegenden Kritik an Programmanalysen. Da diese im Wesentlichen historische Dokumente und programmatische Texte zur Grundlage nehmen, werden sie dafür kritisiert, dass sie die Prozesse der Vermittlung und Transformation von Diskursen in den konkreten Praxen vor Ort und deren Eigenständigkeit aus dem Blick verlieren. Dies liege vor allem auch daran, dass die nicht-sprachlichen Anteile von Diskursen durch die Fokussierung auf Daten, die bereits schriftlich vorliegen, de-thematisiert würden (vgl. Langer und Wrana 2010; Ott und Wrana 2010).⁸

⁷ In diesem Zusammenhang macht Kelle (2013) darauf aufmerksam, dass gerade in Bezug auf die präventive Beobachtung von Kindern diese Subjektivierungsprozesse jedoch auch in Bezug auf die generationale Ordnung des Kind-Erwachsenen bzw. Kind-Eltern-Verhältnissen gedacht werden müssen, da das Verhältnis von Selbst- und Fremdführung „immer schon durch eine Dominanz von Fremdführung, nämlich im Erziehungsverhältnis gekennzeichnet“ ist. Entsprechend seien die „Kontaktpunkte zwischen Selbst- und Fremdführung als in Erziehungsverhältnissen vervielfältigte“ (ebd.:33) zu denken.

⁸ Gemeinsam mit Kelle und Seehaus habe ich in dem bereits angesprochenen Text auch herausgearbeitet, wie sich die von ihnen ausgearbeiteten Programmatiken der Kindervorsorgehefte an den konkreten „Praktiken der Instrumentierung“ (Bollig 2008a) der Hefte vor Ort ‚brechen‘.

Um diesen Programm- und Textbias in der diskursanalytischen Tradition, und die damit verbundene Fokussierung auf Sprache und Aussagesysteme zu überwinden, werden diskurs- und machtanalytischen Studien daher zunehmend um phänomenologische (vgl. Keller et al. 2006), interaktionstheoretische (vgl. Groenemeyer 2003), praxistheoretische (vgl. Ott 2011; Ott und Wrana 2010; Langer 2008), performanztheoretische (vgl. Kuhn 2013) und auch mit der Actor-Network-Theory verbundene Methodologien (vgl. Turmel 2008a; Dölemeyer und Rodatz 2010) ergänzt.

Vor allem der Einbezug von praxistheoretischen Perspektiven ermögliche dabei, so Ott (2011) in ihrer Studie zur Vergegenständlichung von „In-Kompetenz“ in Profiling-Kursen mit Arbeitslosen, „die komplexe Produktivität diskursiver Praktiken“ (ebd.: 88) in den Blick zu nehmen, in denen Diskursives und Nicht-Diskursives, Sprachliches und Nicht-Sprachliches sich in konkreten Praktiken vermitteln (vgl. auch Wrana und Langer 2007).⁹ Mit diesen Vermittlungsprozessen beschäftigt sich auch die von Smith (2005) entwickelte diskursanalytische Konzeption einer Institutional Ethnography wobei dort jedoch vor allem die Begriffe und Konzepte in den Vordergrund gerückt werden, welche in Form von Texten Diskurse und lokale Praxis miteinander vermitteln (vgl. Bollig und Kelle 2013). Die von Ott (ebd.) vorgeschlagene Verknüpfung von praxisanalytischen und diskursanalytischen Methodologien hebt demgegenüber jedoch hervor, dass eine solche Verknüpfung bereits in Foucaults Verständnis von Diskursen *als* Praktiken angelegt sei (vgl. auch Wrana 2012; Ott, Langer und Rabenstein 2012). Entsprechend würden beide sozialtheoretische Entwürfe (Praxis- und Diskursanalyse) wichtige Übereinstimmungen in Bezug auf die *Wiederholbarkeit (Iterativität)* von Praktiken und deren *Materialität* als relevanten Anker für Fragen des sozialen Ordnungsaufbaus zeigen, auch wenn diese in diskurs- wie praxisanalytischen Zugänge je etwas anders konzeptualisiert würden.

3.3.4 Soziomateriale Praktiken: Entwicklungsdiagnostisches Beobachten als practical accomplishment

Ist das von Ott (2011) hervorgehobene Konzept von ‚diskursiven Praktiken‘ aber auch vor allem auf die machtvollen Diskursformationen bezogen, in denen diagnostische Gegenstände im Kontext politischer Machtfelder hergestellt und reproduziert werden, so steht die Praxis professioneller Beobachtungsaktivitäten als *lokale Praxis* im Vordergrund von Forschungsarbeiten, die diese, in Anlehnung an Garfinkel (Garfinkel 1967: 1) formuliert, als ein „ongoing accomplishment“ modellieren (vgl. Hirschauer 1993). Hier geht es entsprechend nicht darum, die Vermitteltheit von lokalen Praxen und übergreifenden, latenten, Diskursen zu explorieren, sondern aufzuzeigen, wie solche Kontexte in der konkreten Praxis *in situ* erzeugt und verfestigt werden.

Für lange Zeit waren solche Studien zu medizinischen oder pädagogischen Diagnosepraxen dabei von der Ethnomethodologie und ihrem Interesse an der sequentiellen Ordnung von Gesprächspraxen dominiert (vgl. Wolff 1983; Heritage und Maynard 2006; Richter 2013). Im Zuge des so genannten *practice turn* der Kultur- und Sozialwissenschaften (vgl. Schatzki, Knorr-Cetina und Savigny 2001; Reckwitz 2003) werden diese jedoch zunehmend von praxisanalytischen Perspektiven abgelöst, die sich auch auf die ‚stummen‘ Aspekte der sozialen

⁹ Ähnlich hebt auch Kuhn (2013) das methodologische Potential einer solchen Konzeption von diskursiven Praktiken (hier jedoch in Anlehnung an Reckwitz 2006) hervor, die in Bezug auf die Frage nach der Herstellung der Kategorie „Ethnizität“ in Kindertageseinrichtungen erlaube, herauszuarbeiten wie in den Interaktionen zwischen AkteurInnen „regulierte Repräsentationen über die Kategorie ‚Ethnizität‘ erzeugt werden“ (ebd: 103).

Herstellung von Wirklichkeit beziehen, indem sie die Situiertheit und materiale Verankerung von sozialen Praktiken und deren Abhängigkeit von praktischem Können und implizitem Wissen in den Vordergrund rücken (vgl. Reckwitz 2003).

Mit Bezug auf die Frage nach der Herstellung von Beobachtungsgegenständen liefern hier vor allem Arbeiten aus dem Umfeld der ‚work-place-Studies‘ (vgl. Knoblauch und Heath 1999; Bergmann 2006), der Wissenschaftsforschung (vgl. Amann 1997; Knorr-Cetina 2002) und der Medizin- und Techniksoziologie (vgl. Berg und Mol 1998; Rammert und Schulz-Schaeffer 2002; Mol 2002; Schubert 2006) empirische Hinweise dafür, dass die soziale Logik von Beobachtungstätigkeiten nicht hinreichend erschlossen werden kann, wenn man sie lediglich als Ausdruck und Reproduktionen gesellschaftlicher Wissensbestände, Kategoriensysteme und Diskurse fasst oder ihre situative Herstellung lediglich auf die sprachlichen Interaktionen hin untersucht. Vielmehr verweisen diese empirischen Analysen von wissenschaftlichen, medizinischen oder anderen Beobachtungstätigkeiten, dass diese als körperliche und soziomaterial ‚verteilte‘ Aktivitäten und somit als ein *soziomaterial praktiziertes Wissen* zu erschließen sind.

So arbeiten beispielsweise Latour (2002a) und Mol (2002) heraus, wie in naturwissenschaftlichen und medizinischen Praktiken sich die materialen Phänomene, auf die sich diese Praxis der Beobachtung richtet (Bodenproben bzw. Arteriosklerose), überhaupt erst in den jeweiligen Arbeitskontexten ‚materialisieren‘. Und zwar als eine – wie Mol (2002: 44) formuliert – „reality enacted“. Die Objekte dieser Praktiken, hier wären es Entwicklungsphänomene, sind entsprechend auch nur real, insofern sie Teil von Praktiken sind (vgl. Law und Mol 2002; Lee und Brown 2002). Als Vertreter der Actor-Network-Theory heben Mol und Latour dabei vor allem auch die „zirkulierenden Referenzen“ (Latour 2002a) hervor, in denen sich Materie, Instrumente, Diskurse, Grafiken, Personen, Interaktion und weitere ‚Aktanten‘ interaktiv vermitteln. Ähnlich wie Hirschauer (1993) und Länger (2002) zeigen sie dabei auf, dass diese ‚Gebundenheit‘ der Beobachtungsobjekte an ihr Praktiziertwerden auch mit sich bringt, dass es sich dabei um multiple Objekte handelt, die in den jeweiligen Praktiken je anders materialisiert werden. Was aber, wie sie ihren Studien aufzeigen, aber auch erst möglich macht, dass diese multiplen Objekte die verschiedenen Kontexte ihres Praktiziertwerdens miteinander vermitteln.

Unter den zum *practice turn* zugerechneten sozialtheoretischen Entwürfen, die im deutschsprachigen Raum mit dem Label „Praxistheorien“ (Reckwitz 2003; Schmidt 2012a) zusammengefasst werden, finden sich im Einzelnen recht unterschiedliche sozialtheoretische Entwürfe.¹⁰ Kennzeichnend für alle diese Sozialtheorien ist jedoch, dass sie die Reproduktion und Transformation sozialer Ordnungen im Strom der Aufführung und Verkoppelung von Praktiken lokalisieren, also in einem „konkreten Geschehen, das sich fortlaufend immer wieder aufs Neue und immer wieder neu im Hier und Jetzt konkreter Gegenwart vollzieht“ (Schmidt 2012a: 51). Die (relative) Stabilität sozialer Ordnungen wird entsprechend nicht in übergreifenden latenten Strukturen gesucht (wie bpsw. Diskursen), sondern in der „Repetitivität von wissensabhängigen Performances“ (Reckwitz 2004: 43). Diese Wissensabhängigkeit ist jedoch nicht so zu verstehen, dass ein ‚theoretisches Denken‘ den Praktiken zeitlich vo-

¹⁰ So rechnet beispielsweise Reckwitz (2003) so unterschiedliche Autoren wie Anthony Giddens, Judith Butler, Pierre Bourdieu, Irving Goffmann, Bruno Latour und Theodore Schatzki zu den Vertretern von Praxistheorien.

rausgeht. Vielmehr bringen Praktiken im Moment ihrer Aufführung das Wissen zum Ausdruck, das ihnen inhärent und das ihre soziale ‚Verstehbarkeit‘ über die Zeiten und Orte ihrer Reproduktion hinweg garantiert. Diese Verstehbarkeit, die die soziale Koordination von Akteuren und somit soziale Ordnungen ermöglicht, wird in Praxistheorien dabei selbst ‚material‘ bestimmt. Denn Praktiken sind als Performances in erster Linie koordinierte Bewegungen von „expressive bodies“ (Reckwitz 2004: 43). Als 'kleinste Einheit' des Sozialen wird entsprechend nicht ein „Normensystem oder ein Symbolsystem, nicht 'Diskurs' oder 'Kommunikation' und auch nicht die 'Interaktion'“ angenommen, sondern ein ‚nexus of bodily doings and sayings‘, welcher durch ein implizites Verstehen zusammengehalten wird“ (Reckwitz 2003: 34).¹¹

Entsprechend verschiebt sich in praxistheoretischen Zugängen der Fokus weg von der Sprache hin zur körperlichen Performanz, was jedoch nicht bedeutet, dass der Sprache keine Bedeutung mehr beigemessen würde. Was mit dem von Schatzki (1996, 2001, 2006) geprägten Term des „nexuses of bodily sayings and doings“ vielmehr zum Ausdruck kommt, ist das dem körperlichen Tun derselbe Stellenwert beigemessen wird, wie dem Sprechen, bzw. dieses vor allem auch als ein materialer Akt verstanden werden muss. Nicht nur das Gesagte, sondern der Sprechakt selbst rückt dadurch in den Vordergrund. Anders als in der zur Arzt-Patienten-Interaktion vorherrschenden gesprächsanalytischen Forschung oder der zu sehr auf sprachliche Akte abstellenden Diskursanalyse steht das Sprechen ent-sprechend nicht als *die* empirische Referenz für Ordnungsaufbau im Vordergrund. Vielmehr ist von Interesse, wie die lokale Produktion der ‚Gegenstände‘ des Beobachtens in einem fortlaufenden Strom sich vermittelnder körperlicher und sprachlicher Akte hergestellt wird, und wie sich diese verschiedenen ‚doings and sayings‘ in diesem Strom an Aktivitäten mit weiteren ‚Partizipanden‘ der Praxis (vgl. Hirschauer 2004) „wechselseitig ins Spiel bringen, konstituieren - einander ordnen“ (Prout 2003: 46).

In Bezug auf eine solche Vermittlung von mündlichen, schriftlichen und körperlichen Aktivitäten in Beobachtungspraktiken habe ich beispielsweise gemeinsam mit Marc Schulz (Bollig und Schulz 2012) herausgearbeitet, wie in Kindertageseinrichtungen die beobachteten Aktivitäten der Kinder, die schriftlich festgehalten wurden, in den mündlichen und körperlichen Praktiken des Vorlesens im Team ‚kollektiviert‘ werden. Auch Goodwin/Goodwin (1996) in ihrer Analyse von „seeing as a situated activity“ den Beitrag von sprachlichen Interaktionen für die Praktiken des „collaborative, multi-party, transparent seeing“ hervor. Sie zeigen am Beispiel der Flugzeugbeobachtung an den Monitoren der Flugorganisation und -überwachung eines kleinen Flughafens auf, wie sich erst im komplexen Netzwerk von Räumen, Objekten, Techniken und sprachlichen Interaktionen das Wissen stabilisiert, dass Flugzeuge als etwas bestimmtes zu beobachten zulässt. Das Beobachten von Objekten ist für sie

¹¹ Als gemeinsame Charakteristika von Praxistheorien hebt Reckwitz (vgl. Reckwitz 2003) entsprechend die a) implizite Logik und b) Materialität von Praktiken hervor, als auch c) die ihnen innenwohnende Spannung zwischen Routinisierung und Neuschöpfung. Schmidt (2012) dahingegen, hebt in einem neueren synthetisierenden Blick auf Praxistheorien, die übergreifenden Verständnisse von a) Temporalität, b) Körperlichkeit und c) Materialität von Praktiken als das gemeinsame Merkmal von Praxistheorien hervor, wobei die von Reckwitz herausgehobenen Prämissen von Praxistheorien hier jedoch lediglich anders akzentuiert werden. So wird bei Schmidt die implizite Logik der Praxis vor allem in Bezug auf ihre Körperlichkeit und Temporalität hervorgehoben, wohingegen die bei Schmidt getrennten Aspekte der Körperlichkeit und der Materialität (letzteres bezieht sich ausschließlich auf die Rolle von Objekten, Artefakten) in Reckwitz' Begriff von Materialität zusammen erfasst werden.

entsprechend in größere Netze von bedeutsamen Aktivitäten eingebettet („larger webs of activity“).

Nutzt man die hier kurz skizzierten Studien als sensibilisierende Konzepte, so stellt sich die Frage, wie in der entwicklungsdiagnostischen Praxis das Verhältnis von körperlichen Performances, Kommunikation und Objekten in der Beobachtungs- und Beurteilungstätigkeit in der Untersuchungspraxis beschaffen ist, und in welcher Weise sich dadurch das Beobachtungsobjekt ‚kindlicher Entwicklung‘ je spezifisch im Vollzug materialisiert. Mit Rekurs auf praxistheoretische Annahmen ist entsprechend eine Re-Justierung des Beobachtungsbegriffes verbunden, der entwicklungsdiagnostisches Beobachten als ein Bündel spezifischer Praktiken entschlüsselt, das sich in der prozessualen und materialen „Verkettung von Handlungsabfolgen“ (Knorr-Cetina 2002: 17) entfaltet – und entsprechend auch dort selbst zu beobachten ist.

Eine solche praxisanalytische Perspektive war Ausgangspunkt des DFG-Projektes, in dessen Kontext die hier vorgelegten empirischen Studien entstanden sind. Diese praxisanalytische Perspektive wurde jedoch von den einzelnen Autorinnen des Projektes mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen und Referenzautoren bearbeitet (vgl. Kelle 2010b). Für meine Studien ist dabei die explizite Modellierung eines praxisanalytischer Beobachtungsbegriffes charakteristisch. Dieser unterscheidet sich von den anderen hier vorgestellten Forschungskonzepten vor allem darin, wie das Verhältnis von individuellen Akteuren, Materialität und Wissen verstanden wird. Daher wird im Folgenden etwas ausführlicher das „praxeologische Basisvokabular“ (Reckwitz 2004)¹² von Praxistheorien und einer Methodologisierung von Beobachtungspraktiken dargestellt.

Dabei wird zunächst auf die Synthetisierung von Praxistheorien bei Reckwitz (2003) und Schmidt (2012a) zurückgegriffen, mein Verständnis von Praktiken sodann aber in einem engeren Bezug zu dem praxistheoretischen Entwurf Theodore Schatzki's herausgearbeitet. Dabei wird ein Konzept von Entwicklungsbeobachtung entfaltet, das diese als ‚verteilte Praktiken‘ konzeptualisiert, wobei dieses ‚Verteiltsein‘ sich auf zwei verschiedenen Ebenen bezieht. Zum einen zielt der Begriff der ‚verteilten Praktiken‘ auf ein Verständnis von verteilter *Handlungsträgerschaft* von Praktiken, die eine sowohl mentale wie materiale Struktur aufweisen. Damit ist auch verknüpft, dass zwar nur die Menschen Praktiken ausführen und ‚artikulieren‘ können (vgl. Schmidt 2012a), sich in den Praktiken jedoch eine emergente Ebene des Sozialen realisiert, zu denen Körper, Bewusstseine, Räume, Dinge je eigenständige Beiträge leisten (vgl. Hirschauer 2004). Daher ist, zum zweiten, mit diesem Konzept der ‚Verteiltheit‘ von Praktiken auch angesprochen, wie sich in der Praxis der Entwicklungsbeobachtung Formen der ‚Handlungskoordination‘ entwickeln, ohne auf übergeordnete Strukturen oder vorgängige individuelle Interessen zurückgreifen zu müssen.

3.2 Die verteilten Praktiken der Entwicklungsbeobachtung - praxistheoretische Modellierung des Untersuchungsgegenstands

3.2.1 Die material-mentale Struktur von Praktiken

Zentral für soziologische Praxistheorien ist, wie Reckwitz (2003) und Schmidt (2012a) hervorheben, dass sie das Soziale als ein Gefüge von Feldern situierter, vernetzter und verkörperter, von einem impliziten Wissen organisierter Praktiken, entwerfen. Entsprechend

¹² Zur Kritik dieser Synthetisierung von Reckwitz, in der markante Differenzen zwischen den sozialtheoretischen Annahmen der einzelnen Ansätze zu verschwinden drohen, siehe Wieser (2004) und Bongaerts (2007).

kommt dem Körper als „Speicher vergangener Praktiken sowie als Medium und Agens in je gegenwärtigen Praktiken eine zentrale Rolle zu“ (Schmidt 2012a: 55). Dieser zentrale Aspekt der Körperlichkeit von Praktiken wird dabei in zweifacher Weise relevant gemacht. Denn diese Körperlichkeit bezieht sich, wie Reckwitz (2003) herausstellt, sowohl auf das ‚Innen‘ wie auf das ‚Außen‘ von Praktiken, da damit sowohl Aspekte der ‚Inkorporiertheit‘ als auch der ‚Performativität‘ von Praktiken angesprochen sind. ‚Nach innen‘ setzt die Fähigkeit der Akteure zum Vollzug einer Praktik als Sequenz von Körperbewegungen eine Inkorporierung (Bourdieu) von Wissen, voraus, die es den Akteuren ermöglicht, kompetent an Praktiken zu partizipieren. Praktiken werden daher auch zu einem großen Teil deshalb ausführbar, weil sich der Körper ‚merkt‘ wie sie auszuführen sind. Dieses Wissen bleibt weitestgehend implizit und somit an den Vollzug von Praktiken gebunden; es wird von den Akteuren primär durch ihre Teilhabe an Praktiken ‚gewusst‘. Sichert die Körpergebundenheit von Praktiken nach innen also deren Ausführbarkeit ab, so garantiert diese Körpergebundenheit nach ‚Außen‘ aber auch ihre Verstehbarkeit, und zwar in dem Sinne, dass diese Bewegungen und Aktivitäten sowohl vom Ausführenden selbst als auch der sozialen Umwelt als eine ‚skillful performance‘ identifiziert werden können. Denn, die „Praktik als *soziale* Praktik ist nicht nur eine kollektiv vorkommende Aktivität, sondern auch eine potentiell intersubjektiv als legitimes Exemplar der Praktik X verstehbare Praktik - und diese soziale Verständlichkeit richtet sich auf die körperliche 'performance'“ (Reckwitz 2003: 290).¹³

Individuen verstehen sich und andere in Praktiken entsprechend darüber, dass sie in der Teilhabe an Praktiken darauf schließen, dass den Körperperformances bestimmte mentale Muster zugrunde liegen und die Körperbewegungen als „Ausdruckssymbole mentaler Eigenschaften“ (Reckwitz 2000: 178), also beispielsweise von Intentionen, Ziele und Strategien, aufgefasst werden. Damit ist nicht gemeint, dass ein tatsächliches Korrespondenzverhältnis zwischen mentalen Strukturen und körperlichem Ausdruck besteht, ganz im Gegenteil. Vielmehr entwickeln, wie Schatzki (2001) hervorhebt, die Individuen in sozialen Praktiken ein Verständnis von Akteurschaft und Handlungskoordination, indem sie körperlichen Aktivitäten diesen ‚Ausdruck‘ zuschreiben. Erst dies macht es für sie möglich, eine bestimmte Aktivität als bestimmte Praktik zu identifizieren. So wird beispielsweise das Aufrufen des Namens einer Patientin im Wartezimmer ja auch erst dann zur Aufforderung, das Wartezimmer zu verlassen und zum Untersuchungsraum zu kommen, wenn der Arzthelferin die Motivation zugeschrieben werden kann, einen genau dazu aufzufordern. Entsprechend relativieren Praxistheorien die Zentralstellung des Mentalen in Handlungstheorien nicht, indem sie sie ausblenden, sondern indem sie diese selbst praxeologisch reformulieren – und als Eigenschaft von Praktiken und nicht als ein von ihnen Getrenntes, Vorgängiges konzeptualisieren. Gefragt wird dann, „wie mentale Vollzüge und Zustände in Praktiken registriert, ratifiziert, bestätigt und beobachtbar werden, wie sie sich in körperlichen *Doings and Sayings* manifestieren und wie sie in Praktiken mitwirken“ (Schmidt 2012a: 57).

Entscheidend ist deshalb, dass diese mentalen Zuschreibungsformen nicht als individuelle Rahmungen von Situationen verstanden werden. Sie sind vielmehr als sozial regulierte und somit „konventionalisierte Schlussfolgerung von Körperbewegungen auf sich dort manifes-

¹³ In der erziehungswissenschaftlichen Debatte werden praxisanalytische Perspektiven daher derzeit vor allem auch wegen dieser Doppelstruktur der Körperlichkeit von Praktiken, also Inkorporierung und Performanz, rezipiert, da damit relativ umstandslos an einen körper- und performanztheoretischen Bildungs- und Lernbegriff angeschlossen werden kann (expl. Tervooren 2006; Alkemeyer und Pille 2008; Alkemeyer 2009, Althans 2009; Schulz 2010; Schindler 2011).

tierende mentale Zustände und Prozesse“ (Reckwitz 2000) zu verstehen, wobei - und dies unterscheidet Praxistheorien sensu Schatzki von eher textuellen Kulturtheorien (bspw. Geertz 1987) – diese mentalen Akte und Schemata des Verstehens keine soziale Existenz haben, solange sie sich nicht in Praktiken ausdrücken und dort auf der Grundlage sozialer Identifikationskriterien ‚sichtbar‘ werden“ (vgl. dazu auch Amann 1997). Insofern materialisiert sich in Praktiken ein sozialer Zusammenhang von Verhaltens- und Verstehensmustern, der die Praktiken selbst zu den sozialen Orten macht, „where understanding (Verständlichkeit und Bedeuten) is structured and intelligibility articulated (gegliedert)“ (Schatzki 1996: 12, deutsche Begriffe im Original).

Mit Blick auf diesen „Status des Mentalen“ (Reckwitz 2000) in Praxistheorien ist insofern zwischen der *Fundierung* und der *Trägerschaft* von diesen mentalen Aspekten von Praktiken zu unterscheiden. Denn gleichwohl sozial hergestellt, muss diese practical intelligibility als individuelle Fähigkeit verstanden werden; nur für ein Individuum kann etwas ‚Sinn machen‘. Daher kommt es dann auch diesem praktischen Sinn der Individuen zu¹⁴, aus ihrem körperlichen Repertoire von doings und sayings die Aktivitäten auszuwählen, die in dem Moment als intuitiv passend erscheinen. Mit Schatzki formuliert, „to singling out an action – what is now to be done - that can be carried out without further ado by performances“ (Schatzki 1996). Das heißt, eine Performance kann nicht ohne diesen initialen Moment des praktischen Sinns gestartet werden, sie geht aber nicht darin auf, sondern liegt dann „weitgehend ‚in den Händen‘ der Praktik und der sie organisierenden Elemente“ (Jaeger-Erben 2010: 79). Hier kann diese ‚intelligibility‘ auch weiterhin ein steuerndes Element sein, wobei die individuelle Befähigung zum Initiieren von Aktivitäten nicht mit Rationalität oder der Orientierung an Normen verwechselt werden darf, auch wenn die normative Strukturierung von Praktiken stark an der Ausbildung des praktischen Sinns beteiligt ist. Denn, als praktischer Sinn ist die „practical intelligibility [...] in the first place, practical“ (Schatzki 2002: 76, Ausl. SB). Entsprechend sind, wie Hörning und Reuter (2004: 13) festhalten, Praktiken als „Scharnier zwischen dem Subjekt und den Strukturen angelegt“.

Diese mental-materiale Strukturierung von Praktiken ist jedoch nicht nur theoriestrategisch bedeutsam, um einerseits aufzuzeigen, dass die Akteure *besondere Teilnehmer* und nicht Sinnzentren von Praktiken sind, und andererseits zu verstehen, wie diese als Akteure ‚lernen‘ an Praktiken zu partizipieren; nämlich indem sie das dafür notwendige Wissen performativ übernehmen und herstellen (siehe oben ‚Iterativität‘).¹⁵ Diese Konzeption einer mental-materialen Strukturierung ist auch methodologisch von Relevanz. Denn, auch wissenschaftliche Beobachter (Ethnographen) beobachten die Praktiken, an denen sie partiell partizipieren als Abfolge von individuellen (wenn auch sozial ausgerichteten) Aktivitäten. Mit der Zuschreibung von Motiven, Interessen und Zielen der an Praktiken beteiligten Akteure sichern sie sich dabei überhaupt erst Zugänge zu deren sozialer Verstehbarkeit. Die für praxisanalytische Ethnographen im Vordergrund stehende Frage ist dann jedoch nicht, wie es auf der Seite des Individuum zu solchen Verhaltensweisen kommt, sondern wie diese in spezifische Praktiken als spezifische individuellen Interessen sichtbar werden, umkämpft, durchgesetzt oder abgewiesen werden. Also, was dieses individuelle Verhalten über die Praktiken, in die

¹⁴ Hier schließt Schatzki ausdrücklich an den in Bezug zum Habitus herausgestellten ‚praktischen Sinn‘ bei Bourdieu (vgl. Bourdieu 1985) an, siehe dazu auch die Konzeption eines ‚praktischen Bewusstseins‘ bei Giddens (1997).

¹⁵ Hier stiften Praxistheorien entsprechend auch eigenständige Ansatzpunkte für Sozialisationstheorien, die auf die ‚stumme Weitergabe‘ in sozialisatorischen Vermittlungsprozessen abzielen (vgl. Schindler 2011; Schmidt 2012).

die Individuen involviert sind, verrät. Die für ethnographisches Forschen hervorgehobene ‚kulturelle Zweibeinigkeit‘ der Forschungspersonen zeigt sich dabei als eine Strategie, das Verhältnis der *practical intelligibility* der Forscher *als Forscher*, die primär in den Praktiken des Forschens ausgebildet wird, mit der *practical intelligibility* der Forscher *als Besucher von Praxen*, an denen sie zeitweise partizipieren, wechselseitig zu kapitalisieren (vgl. dazu Bollig und Neumann 2011).

Diese auf die ‚verteilte Trägerschaft‘ von Praktiken zielende Unterscheidung von einer mentalen und einer materialen Struktur von Praktiken bedeutet aber auch, dass die Akteure, die in Praktiken involviert sind, nicht zwingend an der gesamten Praktik beteiligt sind und daher auch nicht implizit über die gesamten *skills*, die zum Ausführen einer Praktik notwendig sind, verfügen. So sind in den kindermedizinischen Untersuchungen die Kinder zweifellos Akteure in den Praktiken des Testens, auch wenn sie sich nur auf einen bestimmten Teil dieser Praxis ‚verstehen müssen‘, damit sie erfolgreich durchgeführt werden können (vgl. Schweda 2010). Insofern sind Kinder daher auch als ‚kompetente Akteure‘ (vgl. Kelle und Breidenstein 1996; Markström und Halldén 2009) der Praktiken, in die sie involviert sind zu verstehen – auch wenn sie dazu wie die erwachsenen Akteure auch, eigenständige Beiträge leisten.

Praktiken sind entsprechend ausgesprochen heterogene Ensembles, die sich nicht nur auf unterschiedliche Träger (Körper und mentale Strukturen) sondern auch auf diverse menschliche Akteure verteilen (vgl. Hirschauer 2004). Gerade wegen dieser ‚Verteiltheit‘ ihrer Durchführungsressourcen sind Praktiken daher aber auch zwingend als eigenständige Entitäten zu verstehen, und das Wissen, das zu ihrer Ausführung notwendig ist und, das in ihnen reproduziert wird, ist nicht als das Wissen von Akteuren, sondern als Wissen der Praktiken selbst zu konzeptualisieren.

3.2.2 Praktiken und materialen Arrangements

Es sind jedoch nicht nur die Körper und das ihnen inkorporierte und expressiv zur Darstellung gebrachte Wissen die mit der *Materialität von Praktiken* angesprochen sind, die praxistheoretische Perspektive geht noch einen Schritt weiter und konzeptualisiert neben den Körpern auch weitere physische Entitäten, wie Räume und Objekte als Mitwirkende an Praktiken. Wie dieses Verhältnis von Praktiken und Objekten bestimmt werden soll, zeigt sich jedoch als einer der hauptsächlichen Differenzen zwischen den einzelnen Sozialtheorien, die zu den praxistheoretischen Ansätzen gezählt werden (vgl. Wieser 2004). Das Zusammenspiel von entwicklungsdiagnostischen Instrumenten und Objekten und den menschlichen Aktivitäten in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen, war für die hier vorgelegten Studien jedoch von zentraler Bedeutung (vgl. Bollig 2008a, 2011b). Daher soll hier nicht nur die Konzeption dieses Verhältnisses sensu Schatzki, sondern auch die zur Zeit anhaltende Auseinandersetzung mit einem der für diese Perspektive gleichermaßen zentralen wie provokanten Konzept, der Actor-Network-Theory, herausgestellt werden.

Im ‚Familienkreis der Praxistheorien‘ formuliert diese Actor-Network-Theory (vgl. Latour 1996, 2002b; Mol 2002; Law und Hassard 2007) die radikalste Perspektive auf das Verhältnis von Objekten und menschlichen Aktivitäten, weil sie eine symmetrisierende Sichtweise auf das Handeln der ‚humans‘ wie ‚non-humans‘ vorschlägt. Allen ‚Entitäten‘ von Praxis, also sowohl Menschen, Objekten, Räumen, wie auch Diskursen, werden hier gleichwertig als ‚Handlungsträger‘ des Sozialen modelliert, wobei deren ‚Handlungsfähigkeit‘ (Aktantialität) aus ihrem Vermögen erwächst, sich mit anderen Entitäten (Aktanten) zu vermitteln. Netzwerke sind in dieser Perspektive also als ausgesprochen heterogene Ensembles von mensch-

lichen und nicht-menschlichen Entitäten zu begreifen, die in Prozessen gegenseitiger Vermittlung erst zu Akteuren werden. Mit Vermittlung ist dabei die Schöpfung einer Verbindung gemeint, die es in der Form bisher nicht gab (vgl. Latour 2006). Vermittlung ist jedoch nur möglich – und dies erklärt die spezielle Dynamik von Praxis –, weil die Aktanten des Netzwerks mit eigenen Handlungsprogrammen ausgestattet sind, die sich im Prozess der Vermittlung transformieren und transformierend auf andere ‚Akteure‘ einwirken. Dinge determinieren in dem Sinne nicht Praxis, vielmehr sichert der Umstand, dass diesen Objekten ein Handlungsprogramm eigen ist, überhaupt erst, dass sie sich in soziale Situationen ‚einbringen‘ bzw. diese vermitteln können. Der entscheidende Impuls, der vor allem für techniksoziologische Arbeiten von der ANT ausging, ist entsprechend darin zu sehen, dass sie das ethnomethodologische Interesse an lokalen Vollzugswirklichkeiten bedient, aber aus der Fokussierung auf menschliche Akteure und Interaktionssituationen zu lösen vermag. Dadurch wird die Fähigkeit von Objekten, „Einwirkungen von einem Ort zum nächsten zu transportieren“ (Schulz-Schaeffer 2008: 132), als ein zentrales Moment sozialer Ordnungsbildung hervorgehoben (vgl. Latour 2001).

Diese Symmetrisierung von humans and non-humans in der ANT ist jedoch nicht unwidersprochen geblieben. So steht die ANT insbesondere wegen den damit verbundenen sozial- und gesellschaftstheoretischen Annahmen unter massiver Kritik (expl. die Beiträge in Kneer, Schroer und Schüttpeitz 2008). Aber auch die empirische Tragfähigkeit des ANT-Vokabulars wird bezweifelt und vor allem Handlungsbegriff der ANT als „intentionalistisch“ problematisiert (Hirschauer 2004; Schatzki 2002).¹⁶ Schmidt (2012a) weist der ANT daher auch eine Grenzposition im Bereich der Praxistheorien zu, da sie mit dieser ‚handlungstheoretischen‘ Gleichsetzung von Artefakten und Menschen die Praktiken lediglich als „Verkettung von acts“ zu konzeptualisieren vermöge. Dagegen sei es aber für Praxistheorien kennzeichnend, dass sie Praktiken als Konglomerate von Akten begreifen, in denen sich Sinn bildet und artikuliert wird. Dies könne jedoch von Artefakten und non-humans nicht selbsttätig geleistet werden. Denn Artefakte ermöglichen, beschränken und transformieren zwar Praktiken, machen ihre Akte jedoch nicht selbst für andere beobachtbar und intelligibel. Artefakte, so Schmidt (2012a) „verleihen – wie sich mit Bezug auf ein Konzept aus der Ethnomethodologie präzisieren lässt – ihren acts nicht selbst accountability“ (ebd.: 69).

Bezogen auf dieses Zusammenspiel von Objekten und Menschen schlägt daher auch Hirschauer (2004) eine „kontributorische Perspektive“ auf Praktiken vor, die weniger nach den Handlungsmotiven und -optionen der einzelnen ‚Aktanten‘ fragt, als nach den Beiträgen, die Praktiken von ihren unterschiedlichen Partizipanden verlangen und gewinnen – „von Körpern Fertigkeiten und Handlungen, von Dingen Passungen und Tauglichkeiten und von Personen die Mobilisierung von jeweils gefragtem Wissen und die Entwicklung von angemessenen Motiven und Emotionen“ (ebd.: 74).

Schatzki (2002, 2010) wiederum unterscheidet zwischen Praktiken und materialen Arrangements, um deren Relationierung dann wiederum ordnungstheoretisch zu entfalten. Artefakte seien dabei so zu denken, dass sie Praktiken in je spezifischer Weise ermöglichen und begrenzen, aber

¹⁶ Zudem werden aus praxistheoretischer Perspektive auch Einwände in Bezug auf den Materialitätsbegriff bei Latour formuliert, da mit diesem der Körper als eigenständiger Träger von Praktiken (vgl. Hirschauer 2004), aber auch die relationale Struktur von Materialität nicht erfasst werden könne (vgl. Sørensen 2007).

“how artifacts (or the parts thereof) enable and constrain one another’s action depends not just on their physical properties, but also on the organization that human activity imposes on them. Artifacts are typically components of arrangements that are extensively set up human activity. As a result, they enable and constrain one another as organized in particular ways, and these relations of enablement and constraint are beholden to the practices of which the organizing activities concerned are moments” (Schatzki 2002: 98).

Objekte gehören in dieser Perspektive daher zu den materialen Arrangements die durch Praktiken hergestellt bzw. mit Bedeutung versehen werden; welche dann aber wiederum auch die Ordnungen, Settings und Werkzeuge zur Verfügung stellen, um Praktiken auszuführen (vgl. Jaeger-Erben 2010)¹⁷ Es geht daher vor allem um das „interplay between practices and objects, between interactivity and interobjectivity“ (Kalthoff und Röhl 2011), als denn um die Objekte und ihr ‚Handlungspotential‘. Dass die ANT jedoch für die Analyse von objektzentrierten Praktiken, wie beispielsweise dem Umgang mit dem Vorsorgeheft in den Kinder- und Schuleingangsuntersuchungen, hilfreiche *methodische* Ressourcen zur Analyse von ‚Praktiken mit Dingen‘ Verfügung stellt, wird in den von mir vorgelegten Studien aufgezeigt (insbesondere Bollig 2008a, Bollig und Ott 2008, vgl. auch Kelle 2007b, Bollig, Kelle und Seehaus 2012)

An dieser Stelle bleibt zunächst festzuhalten, dass in Bezug auf die Art und Weise wie die Objekte der Entwicklungsdiagnostik auf die Praktiken der Entwicklungsbeobachtung Einfluss nehmen, und welche soziale Dynamik damit verbunden ist, der praxisanalytischer Blick vor allem auf ihre Rolle in den *performances* der Beobachtungspraxis selbst zu richten ist. Dabei geht es darum, zu ermitteln, wie und auf der Basis welches verteilten Wissens und Könnens diese Praxis ‚praktiziert‘ wird und wie sich darüber das Arrangement von Menschen, Organismen und Artefakten relationiert, das als die soziomateriale Ordnung der Entwicklungsdiagnostik definiert werden kann.

3.2.3 Organisiertheit von Praktiken: „dispersed and integrative practices“

Praktiken sind mit Schatzki also so zu verstehen, dass sie materiale Arrangements herstellen, die wiederum Praktiken auf verschiedenen Arten und Weisen ermöglichen und begrenzen. Durch diese unauflösliche Verbindung zu ihren materialen Arrangements sind die Praktiken selbst daher auch die ‚sites‘ (vgl. Schatzki 2002), in denen sich das Soziale ausbildet. Sichert die material-mentale Struktur von Praktiken dabei auf der Seite der beteiligten Akteure die Stabilisierung von Praktiken, so stabilisiert diese ‚sitedness‘ die Verknüpfung von bestimmten Praktiken mit bestimmten Kontexten und Orten. Obwohl soziale Praktiken dabei meist die Gestalt von ‚Gewohnheiten‘ und ‚Routinen‘ annehmen, sind diese jedoch nicht lediglich auf als Aufführungen des immer Gleichen zu verstehen. Vielmehr müssen Praktiken, wie Reckwitz (2003) hervorhebt, in einer Spannung aus Routinisierung und Krise gedacht werden. Dennoch wird in der aktuellen deutschsprachigen praxisanalytischen Forschung, vor allem in den Erziehungswissenschaften, in Bezug auf die Frage der Stabilisierung von Prakti-

¹⁷ In Bezug auf die möglichen Formen, in denen sich materiale Arrangements mit Praktiken relationieren differenziert Schatzki (vgl. Schatzki 2010) zwischen „causal“, „prefigurativ“, „co-constitutive“ und „intelligable relations“.

ken häufig vor allem deren Routinisierung in dauerhaften Vergemeinschaftungszusammenhängen „communities of practices“ (Wenger 1999; Dimai 2012) hervorgehoben.

So betont beispielsweise auch Breidenstein (2006) in seiner praxisanalytischen Studie zum Schülerjob die Bedeutung von Ritualen und Routinen im Setting der Schule, um die Verankerung der sozialen Logik der Schule aus den Praktiken selbst herauszuarbeiten (vgl. für den Zusammenhang von Routinen und peer culture auch Corsaro 1988). Für den Kontext der Schule leuchtet der hohe Stellenwert, den Breidenstein dieser Routinisiertheit von Praktiken beimisst auch ein, schließlich sind es hier über einen langen Zeitraum dieselben Akteure, die in einem ausgesprochen dichten und stabilen Setting und einer gemeinschaftlichen Orientierung auf die institutionellen Aufgaben alltäglich miteinander ‚Schule machen‘. Demgegenüber stellen die in dieser Arbeit im Fokus stehenden entwicklungsdiagnostischen Praktiken jedoch gerade keinen solchen Praxiszusammenhang dar, der alle Beteiligten gleichermaßen kontinuierlich involviert. Vielmehr sind hier zwei Gruppen zu unterscheiden: zum einen das medizinische Personal, für das die Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen eine alltägliche berufliche Praxis sind und zum anderen die Kinder und Eltern, für die diese Untersuchungen herausgehobene Termine in ihrem Alltagsleben darstellen. Kinder und ihre Eltern sind in dem Sinne ‚Besucher‘ der Welt der Entwicklungsdiagnostik, die in den Arztpraxen und Gesundheitsämtern ‚zu Hause‘ ist. Würde man hier den Aspekt der Routine überbetonen, wäre entsprechend die Beteiligung der Kinder und Eltern an den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung nur schwerlich zu erschließen, bzw. nur mit Rückgriff auf Konzepte, die zwischen Laien- und Expertenperspektiven oder vorab definierten Rollen unterscheiden.

Um alle Beteiligten der entwicklungsdiagnostischen Praxis auch als Akteure der verteilten Praktiken der Entwicklungsbeobachtung untersuchen zu können, kann jedoch an die Differenzierung von zerstreuten und integrativen Praktiken („*dispersed and integrative practices*“) bei Schatzki (vgl. Schatzki 2002) angeschlossen werden, da über diese Unterscheidung nicht nur erklärt werden kann, wie Akteure in Praktiken ‚eingeschleust‘ werden und wie differente Praktikenkomplexe überlokal miteinander verkoppelt sind (vgl. ebd.: 105), sondern auch, wie und, in welcher Weise sich Praktiken in ihrem Vollzug stabilisieren.

Zerstreute Praktiken („*dispersed practices*“) sind dabei jene Praktiken, die über raumzeitliche Arrangements hinweg streuen und für viele Praxisfelder charakteristisch sind. Sie bestehen zwar auch aus routinisierten Sets von Doings und Sayings, sind jedoch weniger komplex und spezifiziert, so dass sie in diversen sozialen Feldern ‚funktionieren‘ und aufzufinden sind. Zu diesen *dispersed practices* der entwicklungsdiagnostischen Praxis gehören Praktiken des Fragens und Antwortens, der Begrüßung und Verabschiedung, aber auch des Wartens oder des Messens und Wiegens. Solche zerstreuten Aktivitätenbündel stellen entsprechend einen nicht unerheblichen Teil von entwicklungsdiagnostischen Praktiken dar, sind jedoch keinesfalls für diese spezifisch. Vielmehr stellen sie Gepflogenheiten und Gebräuche im Sinne Wittgensteins dar (vgl. Schatzki 1996), die ihre Verstehbarkeit durch den praktischen Verweis auf sich selbst gewinnen. Und zwar indem sie durchgeführt werden, von den Teilnehmern als spezifische Praktik identifiziert und somit auch im Rahmen der mit ihr verknüpften Gepflogenheiten ‚beantwortet‘ werden („*knowing how to X, knowing how to identify X-ings, and knowing how to prompt as well as respond to X-ings*“ - Schatzki 2002: 77).

Von diesen durch einen ‚praktischen Sinn‘ konstituierten und überall aufzufindenden zerstreuten Praktiken setzt nun Schatzki die Praktiken ab, die für bestimmte soziale Orte und materiale Arrangements – und damit auch für die Reproduktion spezifischer sozialer Ordnungen – spezifisch sind. Diese *integrativen Praktiken* („*integrative practices*“) sind ebenfalls

körperliche Aufführungsroutinen von doings und sayings, deren Zusammenhang wird jedoch nicht einfach nur durch Körper Routinen und die Explikation impliziten Wissens in deren Ausführung miteinander geknüpft, dieses „*practical understanding*“ (1) stellt als inkorporiertes Wissen von Akteuren lediglich die erste Komponente von integrativen Praktiken dar. Diese beinhalten zudem (2) explizite Regeln („rules“), eine (3) teleoaffektive Struktur und sind mit weiteren Kontexten über (4) grundlegende Verständnisse („general understandings“) (4) verknüpft (Schatzki 2002: 75f). „Together, the understandings, rules and teleoaffektive structure that link the doings and sayings of a practice form its organization“ (ebd.: 77).

Eine integrative Praktik (und um diese geht es nun, wenn im weiteren von ‚Praktiken‘ gesprochen wird) ist dementsprechend durch zwei Merkmale gekennzeichnet: der Aktivität und der Organisation. Dabei relationieren die genannten Organisationsprinzipien die ‚doing and sayings‘ miteinander und sorgen dafür, dass ‚dispersed practices‘ in spezifischen Kontexten (‚sites‘) vollzogen, weiterentwickelt und zu spezifischen Zielen, Aufgaben und Projekten („ends, tasks and projects“) komponiert werden können. Einzelne Elemente werden entsprechend auch nicht Teil von Praktiken, weil sie von Akteuren diesen zugeordnet werden, sondern weil sie Komponenten der *Organisation von Praktiken* zur Darstellung bringen.

Die Praxis der Entwicklungsdiagnostik baut in diesem Sinne auf vielfältigen ‚zerstreuten Praktiken‘, wie z.B. dem Warten, dem Befragen und Auskunft geben, dem Prüfungen absolvieren, dem Helfen und vertuschen, etc. auf, die jedoch im Kontext der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen je spezifisch typisiert sind. Insofern bestehen integrative Praktiken auch nicht einfach nur aus der Aufschichtung von verstreuten Praktiken, sondern stellen Transformationen und Spezifikationen dieser Praktiken in je konkreten Settings, die für die Beteiligten unterschiedliche Grade der erneuernden Navigation in diesen Praktiken bereithalten.¹⁸

Integrative Practices konstituieren sich entsprechend darüber, dass sie die sets von doings and sayings in einer bestimmten und kontextualisierenden Weise miteinander verknüpfen. Neben dem *practical understanding* (1) werden diese Verknüpfungen dabei auch über *Regeln* (2) gestiftet. Unter Regeln sind die expliziten Gebote und Vorschriften zu verstehen, die die Ausführung spezifischer Aktivitäten in je bestimmter Form vorschreiben oder untersagen. Dabei betont Schatzki (ebd.: 79) in Bezug auf diese Regeln, dass er damit nicht die Explikation von unterschwellig Regeln meint, welche in den praktischen Sinn der Praxis eingewoben sind. Vielmehr geht es um klare Rezepturen, explizierbare Daumenregeln und kodifizierte Gebote, die z.B. in der Form von Anweisungen zur Durchführung von Entwicklungstests oder der durch das Kindervorsorgeprogramm vorgegebenen Zeiträume der Untersuchungen, die Durchführung von Praktiken orientieren und strukturieren, wenngleich auch nicht zwingend zu einer entsprechenden Determinierung der Praxis führen. Entgegen der elementaren impliziten Steuerung von Praxis durch das *practical understanding* unterscheidet sich diese Orientierung an Regeln entsprechend insofern, dass diese nicht auf ein ‚kno-

¹⁸ Praktiken müssen daher, wie Hörning und Reuter (2004: 13) hervorheben, „immer auch produktiv gedacht werden: als ein stets neu in Gang zu bringendes Tun, als kreative Fortsetzung, als neuartige Hervorbringung von Vertrautem. Jedes Handeln steht zwar in der Geschichte vergangenen Handelns, aber die Reproduktion von Sinn und Bedeutung ist nicht einfach nur eine Imitation, sondern eine Wieder-Erzeugung Desselben an einem anderen Ort, zu einer anderen Zeit, mit anderen Mitteln“.

wing how', sondern auf ein 'knowing that' zielen – und somit die Form von expliziten sozialen Normen haben.¹⁹

Häufig sind die Objekte, die in Praktiken involviert sind, 'Träger' solcher Regeln, wie zum Beispiel das Kindervorsorgeheft, das in den Untersuchungen vorgibt, wann welche Untersuchungen durchzuführen sind. Solche Regeln sind aber auch mit der gesetzlich-administrativen Organisation der Untersuchungen verknüpft (vgl. Bollig 2010). Nicht alle einzelnen Aktivitäten einer sozialen Praktik müssen jedoch über solche expliziten Regeln verfügen und im Vollzug der Praxis selbst können sich für die jeweiligen beteiligten Personen unterschiedliche Verständnisse davon entwickeln, 'um was es geht' und welche Regeln auf diese Situationen zutreffen.

Die dritte Komponente einer integrativen Praktik, die *teleoaffektive Struktur* (3), beschreibt die körperlich-emotionale und mentale Ausgerichtetheit auf Normen und Ziele, und zwar im Sinne eines „range of normativized and hierarchically ordered ends, projects and tasks, to varying degrees allied with normativized emotions and even moods“ (Schatzki 2002: 80). Die teleoaffektive Struktur verankert entsprechend Hierarchien von Zielen und Projekten und regelt, welche Aktivitäten wann als 'richtig' oder 'akzeptabel' gelten und auch 'empfunden' werden können. Jedoch darf der Hinweis auf Emotionen nicht so verstanden werden, als sei diese teleoaffektive Struktur im Erleben, emotionalen Eigenschaften, oder den Vorlieben der Beteiligten begründet und exklusiv lokalisiert. Sie ist vielmehr „carried by the practice“ (Schatzki 2002: 135) und daher ausschließlich als Eigenschaft der betreffenden Praktik selbst zu begreifen, was wiederum mit der material-mental Struktur von Praktiken zusammenhängt.

Diese Verankerung der teleoaffektiven Struktur in den verteilten Aktivitäten einer Praktik bringt es auch mit sich, dass es unterschiedliche Gewichtungen zwischen Aufgabenorientierung (teleo) und affektiver Orientierung (affective structure) geben kann. Entsprechend werden diese teleoaffektiven Strukturen nicht als explizite und diskrete 'Zwecke', 'Interessen' und 'Motive' verstanden, sondern als „sozial konventionalisierte, implizite Motiv/ Emotions-Komplexe, die einer Praktik inhärent sind, in die die einzelnen Akteure 'einrücken' und die sie dann möglicherweise als 'individuelle Interessen' umdefinieren“ (Reckwitz 2003: 293). Die teleoaffektiven Strukturen sind entsprechend von elementarer Bedeutung für Praktiken, da „sie die zu einer Praktik gehörenden doings und sayings zu einen hierarchischen Gebilde aus Aufgaben und Projekten ordnen und damit Tätigkeiten gewichten, reihen, in Takt bringen und mit übergeordneten Zielen und Motiven verbinden“ (Jaeger-Erben 2010: 74).

So zeichnen sich die entwicklungsdiagnostischen Praktiken in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen dadurch aus, dass alle Beteiligten sich an der organisationsgebundenen Zielsetzung der Untersuchungen orientieren und bei den einzelnen Aufgaben auch ohne genauere Anweisungen 'wissen', dass die Aufgaben von den Kindern alleine und in einer bestimmten Zeit (möglichst rasch) zu erfüllen sind (vgl. Bollig 2010); jedoch bereitet zum Beispiel die 'Verweigerung' von Kindern, an einzelnen Untersuchungsaufgaben zu partizipieren, den einzelnen Akteuren sehr differente Probleme und Grade des Unbehagens (vgl. Kelle und Jancsó 2010). Entsprechend zeigt sich die Orientierungsfunktion, die diese Sollens- und Akzeptanzstruktur der entwicklungsdiagnostischen Praxis für den Fortgang von Prakti-

¹⁹ In dieser Fokussierung auf das 'knowing that' zeigen sich entsprechend die Anschlusspunkte für einerseits die verfahrensorganisatorische Analyse von Beobachtungsprozeduren (vgl. 3.1.2), wie auch die gouvernementalitätstheoretische Programmanalyse (vgl. 3.1.3).

ken bietet, auch dann besonders gut, wenn sie, wie von manchen Kindern (und auch Eltern) bewusst gerade nicht als impliziter Orientierungsmaßstab aufgegriffen werden, da sie mit anderen Praktiken, beispielsweise dem elterlichen Informationsmanagement, kollidieren.

Dies hängt auch damit zusammen, dass einzelne Praktiken nie scharf voneinander zu trennen sind, und dabei sowohl Verhältnisse des Verkoppelns, des Ineinanderübergehens und als auch der Integration von verschiedenen Praktiken zu Praktikenensembles aufzufinden sind. Daher schließt die teleoaffektive Struktur von Praktiken entsprechend auch nicht aus, dass es innerhalb von Praktikenensembles zu praktischen Kontroversen darum kommt, was gewünscht und akzeptabel ist und was nicht (vgl. Bollig und Kelle 2013). Diese Friktionen zwischen einzelnen Praktiken müssen dabei jedoch auch selbst auch praktisch gedacht werden, in dem Sinne, dass sie von den Beteiligten in ihrem Tun gleichermaßen ausgedrückt wie auch verstanden werden. Insofern öffnen sich mit diesem Konzept der Relationierung von ‚doings and sayings‘ über teleoaffektive Strukturen nicht nur Perspektiven auf die moralische Ordnung der entwicklungsdiagnostischen Praxis, sondern auch auf die Aufgabenstellungen, die mit diesen teleoaffektiven Strukturen verknüpft sind und die Beteiligten an dieser Praktik jedoch in sehr unterschiedlicher Weise ‚integrieren‘.

In diese Organisiertheit von Praktiken spielen als vierte organisierende Relation aber auch ‚grundlegende/allgemeine Verständnisse‘ (‚general understandings‘) (4) hinein. Mit diesen general understandings sind die dabei expliziten und impliziten Wissensbestände und teleoaffektiven Strukturen gemeint sind, die für mehrere Praktiken einschlägig sind. Im Gegensatz zu den practical understandings ist damit auch nicht das implizite Wissen, das Knowing-How angesprochen, sondern die sowohl grundlegenden als auch allgemeineren Bedeutungen von Raum, Materie, Sozialität und Handlungen, die dafür sorgen, dass Praktiken in sie eingebettet werden können. General understandings konstituieren insofern auch soziale Attribuerungen oder Kategorisierungen, „indem beispielsweise erkannt wird, was andere Menschen tun und in welchem Verhältnis es zum eigenen Tun steht.“ (Jaeger-Erben 2010: 75). Beispielsweise orientieren sich Eltern in der Durchführung der entwicklungsdiagnostischen Praktiken an einem Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung, das für die Kindervorsorgeuntersuchungen in ähnlicher Weise bedeutsam ist, wie für die Behandlung von Schnupfen; bestimmte Entwicklungsvorstellungen gegenüber Kindern sind sowohl in die Praktiken der Entwicklungsdiagnostik als auch denen der Festlegung des Taschengeldes und dem Einkauf von Spielzeug eingelagert. Und auch bestimmte Verständnisse von der pädagogischen Ordnung der Familie sind keineswegs für entwicklungsdiagnostische Praktiken spezifisch – auch wenn sie für diese, wie die empirischen Studien dieses Konvoluts zeigen, eine wesentliche Rolle spielen (insbesondere in Bollig und Tervooren 2009; Bollig und Kelle 2013).

Diese general understandings, die Schatzki erst in seinem 2001er-Band zu den Organisationsprinzipien der integrative practices hinzugefügt hat, stiften jedoch nicht nur die Verknüpfungen zwischen verschiedenen Praktikenensembles und ihren ‚sites‘, sie binden die ganz und gar lokalen Praktiken auch in überlokale Wissensbezüge ein. Indem in den lokalen Praktiken diese ‚general understandings‘ die bodily doings and sayings integrieren, sie für lokale Kontexte konkretisieren und transformieren, werden diese in den Praktiken wiederum auch ratifiziert und am Leben gehalten werden; insofern stiften diese general understandings auch eine Verknüpfung zum oben dargestellten Konzept ‚diskursiver Praktiken‘, ohne dafür jedoch von der These eines übergreifenden, einwirkenden Diskurses ausgehen zu müssen.

Der hier über die praxistheoretischen Entwürfe von Reckwitz, Schatzki, Schmidt und anderen vorgenommene Modellierung von ‚Praktiken der Entwicklungsbeobachtung‘ schärft den Blick für die soziomateriale Produktion und Prozessierung von Beobachtungswissen in konkreten Kontexten („sites“), von denen die Praktiken selbst elementarer Bestandteil sind. Das Beobachten wurde im Anschluss daran in den vorgelegten Studien auch entsprechend nicht mehr als subjektive oder organisationale, institutionelle oder diskursive Tätigkeit gefasst, sondern als ‚verteilte Praktik‘, die im situierten Zusammenspiel von Körpern, Bewusstseinen und materialen Arrangements vollzogen wird und die ihre Ordnungsstrukturen in ihrem gleichermaßen reproduzierenden wie neuerschaffendem Praktiziertwerden entfalten (vgl. Bollig 2011). Entsprechend geht es auch nicht mehr um die Beobachterpersonen, Wissenssysteme oder Verfahren, vielmehr rücken die ‚Beobachterkollektive‘ in den Blick, durch deren Zusammenspiel sich der Gegenstand der Beobachtung, zum Beispiel die Entwicklungsleistungen von Kindern, herausbildet, ‚enaktiert‘ wird. Analytisch geht es dann darum, den „mesh of orders and practices“ (Schatzki 2002: 22) zu explizieren, in welchem sich die soziale Ordnung der beiden hier im Vordergrund stehenden Früherkennungsuntersuchungen herausbildet. Entsprechend liefert dieser praktikentheoretische Ansatz sowohl die Basis für die Frage, wie ‚Entwicklung‘ zur Darstellung gebracht wird, als auch wie in diesen Darstellungsweisen die einzelnen Akteure dieser Praktiken, Ärzte, Eltern, Kinder zueinander positioniert werden und sich selbst und andere verstehen, und zwar im praktischen Vollzug des Geschehens.

Mit den vorab referierten diskursanalytischen Studien teilt diese praxistheoretische Perspektive das Interesse an der Produktivität dieser Praktiken, indem sie nämlich nach der Art und Weise fragt, wie diese die Gegenstände, von denen sie einem übertragenen Sinne ‚sprechen‘, herstellen. Jedoch wird dieses ‚Sprechen‘ nicht im wortwörtlichen Sinne als ein Sagen konzipiert, sondern die Praktiken selbst darauf hin befragt, was sie an sozialer Organisation zum Ausdruck bringen. Eine relevante Schnittstelle zu den bereits in Kap 2 eingeführten diskurs- und gouvernementalitätstheoretischen Studien zur Ausgestaltung moderner Kindheit und Familialität (expl. Richter und Andresen 2012) stellt entsprechend auch die Frage dar, wie über diese Konzeptualisierungen kindlicher Entwicklung „die soziale Organisation der Erziehungsaufgabe“ (Honig 1999) wissensbasiert bearbeitet wird. Anders als die auf diese Programmanalysen, sind die hier vorgelegten Arbeiten mit ihrem praxistheoretischen Analyserahmens jedoch in der Lage dieses „governing parents through child development knowledge“ (Bloch 2000) in der praktischen Hervorbringung von Entwicklungs-Wissen selbst zu analysieren.

Mit Blick auf diese wissensproduktive Seite der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung, kommt der Analyse dabei eine der zentralen Eigenschaften von Praktiken besonders zu Gute, nämlich dass sie als ‚nexuses of bodily sayings and doings‘ selbst sichtbar machen, als was sie zu verstehen sind. Diese Sichtbarkeit von Praktiken²⁰ macht sie jedoch nicht schon unmit-

²⁰ Siehe zur Ausdifferenzierung der Konzepte Sichtbarkeit, Beobachtbarkeit und Öffentlichkeit von Praktiken die Ausführungen von Schmidt (vgl. Schmidt 2012: 230ff.), der mit dieser Differenzierung den Vorwurf ausräumt, praxisanalytische Studien würden die Sichtbarkeit von Praktiken mit der Beobachtbarkeit ihrer organisierenden Elemente gleichsetzen und entsprechend das „Vertrauen in die Sichtbarkeit“, wie Nassehi dies formuliert, überstrapazieren. Die Praxistheorie steht dabei mit dem Vorwurf konfrontiert, mit dieser Betonung der Sichtbarkeit von Praktiken einen „Authentizitätsanspruch der unmittelbaren Beobachtung“ (ebd. in Rekurs auf Nassehi 2006) in Anspruch zu nehmen, und damit einem Situationalismus frönen, der soziale Phänomene nicht als gesellschaftliche Phänomene erfassen könne. Schmidt stellt dies wiederum eine verkürzte Rezeption von Praxistheorien dar und weist darauf hin, dass deren Öffentlichkeitsannahme jedoch quer zur „epistemologischen Bifurkation“ (ebd.: 235) von Mikro- und Makroebene und Sichtbarkeit und

telbar der Analyse zugänglich (vgl. Schmidt 2012a: 144f.). Auch die ethnographische Beobachtung und Analyse ist als wissenschaftliche Praxis des Beobachtens darauf angewiesen, diese Beobachtbarkeit für ihre Zwecke erst herzustellen.

Mit den Methoden der ethnographischen Feldforschung stehen ihr jedoch ‚Verfahren‘ zu Verfügung, die in besonderer Weise geeignet sind, solche „Beobachtungsmilieus“ (Neumann 2012a) zu konstituieren, da sie mit der ‚Teilnehmenden Beobachtung‘ nicht nur auf eine intensive und praktische Ko-Existenz von Beobachter und Geschehen vor Ort setzt, sondern mit dem Forschungsinstrument ‚Ethnographin‘ auch das Verhältnis zwischen den Praktiken des Forschens und Theoretisierens und den beforschten Praktiken über eine lange Strecke des ‚Kontaktes mit dem Feld‘ mobilisiert.

Unsichtbarkeit verlaufe, da sie in der Organisiertheit von Praktiken auch deren „Kontexte, Verkettungen und der durch sie gebildeten Beziehungs- und Strukturmuster“ aufdecken kann, welche sie allerdings, und dies ist der große Unterschied zu beispielsweise der beispielsweise von Nassehi präferierten Systemtheorie, selbst auch als ‚praktisch‘ denkt.

4. Die Praxis ethnographisches Forschens in den Feldern der Entwicklungsbeobachtung

Die empirischen Studien dieses Konvoluts basieren auf der Teilnehmenden Beobachtung einer Vielzahl von Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen, an denen ich im Zeitraum von insgesamt drei Jahren (2006-2009) teilgenommen habe. Dabei habe ich den Beteiligten intensiv zugeschaut, mir von den Professionellen ihre Praxis erklären lassen, mich aber auch intensiv mit Eltern und Kindern unterhalten, in Wartezimmern gegessen, Sehtestgeräte ausprobiert, etc. Meine Erlebnisse und Beobachtungen habe ich in Form von Feldnotizen, Beobachtungsprotokollen und Tagebüchern niedergeschrieben und diese Verschriftlichungen zur Grundlage der analytischen Arbeit am Schreibtisch gemacht. Zudem habe ich Felddokumente gesammelt, Vorsorgehefte, Testbögen und Untersuchungsräume fotografiert, Interviews mit verschiedenen Akteuren geführt und auch die politischen Verlautbarungen zum Überarbeitungsprozess der beiden medizinischen Untersuchungsformen systematisch verfolgt. Ich bin also in ‚meine Felder‘ eingetaucht und habe die persönliche Teilnahme an ihren Praktiken ‚vor Ort‘ zum Ausgangspunkt der Empirie gemacht.

Dieses ‚Eintauchen‘ ins Feld, das sich mit Phasen der intensiven Bearbeitung des erhobenen Materials am Schreibtisch und der fortlaufenden Diskussion vorläufiger Forschungsergebnisse in Forschungskolloquien abwechselte, stellt unter dem Terminus *Teilnehmende Beobachtung* den methodologischen Nukleus ethnografischen Forschens dar. Dabei wäre es jedoch verkürzt, die Ethnographie lediglich als *Feldforschungsmethode* zu verstehen. Vielmehr wird auch in dieser Studie die Ethnographie als eine „flexible, methodenplurale, kontextbezogene Forschungsstrategie“ (Lüders 2000: 389, Herv. SB) verstanden, die zwar um die Teilnehmende Beobachtung zentriert ist, jedoch auch weitere methodische Zugänge kontextsensibel integriert – und damit vor allem einen bestimmten Forschungsstil markiert (vgl. Hirschauer und Amann 1997). In den vergangenen Jahren hat sich die Ethnographie im erziehungswissenschaftlichen Forschungsrepertoire gerade aufgrund dieser Bestimmung als *methodenplurale Forschungsstrategie* zunehmend etabliert. Mit diesem Prozess sind jedoch auch Entgrenzungen der ethnographischen Methodologie verbunden, über welche die Spezifität ethnographischer Feldforschung gegenüber anderen Formen alltagsorientierter Forschung (bspw. Videoforschung) tendenziell eher undeutlich und bisweilen auch gar nicht mehr ausdrücklich thematisiert wird (vgl. Bollig 2008c).

Daher wird im Folgenden, im Sinne der *ergänzenden Rahmung* des Konvoluts, eine Klärung des Verständnisses von Ethnographie vorgenommen, die den vorgestellten ethnographischen Studien als Ausgangspunkt diene. Die zentrale Stellung, die dabei der praktischen

Konstruktion von Forschungsfeldern und der Feldforschungsperson selbst zukommt, wird zudem im Text 7 des Konvoluts (vgl. Bollig und Neumann 2012) herausgearbeitet, welcher abweichend von allen anderen Texten in diesem Kapitel vorgestellt wird. Abschließend das damit verbundene Verständnis von Forschungsfeldern als verräumlichten Forschungsgegenständen auf die Vergleichsstrategien bezogen, die für die hier präsentierten Studien entwickelt wurden.

4.1 Das Erkenntnisprogramm (praxis-)analytischer Ethnographie

Unter dem Label ‚Ethnographie‘ bündelt sich ein sehr heterogenes Feld von Forschungsaktivitäten und methodologischen Positionierungen. Es umfasst sowohl disziplinäre Spezifizierungen, sozialtheoretische Prämissen, Forschungsmethoden und Analysestrategien, als auch unterschiedliche Standards, Gütekriterien und Leistungsbeschreibungen (vgl. Bollig 2008c; Hünersdorf 2009; Scheffer und Meyer 2011). Diesen zum Teil regelrecht chiffreartigen Gebrauch des Begriffes ‚Ethnographie‘ dokumentieren auch die in den vergangenen Jahren erschienenen Sammelbände zur ethnographischen Forschung in der deutschsprachigen Erziehungswissenschaft (vgl. Cloos und Thole 2006; Heinzel et al. 2010; Hünersdorf, Maeder und Müller 2008; Friebertshäuser et al. 2012; Tervooren et al. 2013).

Was diese Sammelbände aber auch dokumentieren ist, dass die angestammten Herkunftsdisziplinen der Ethnographie zwar in der Kulturanthropologie/Ethnologie (vgl. Geertz 1987; Kohl 1993; Berg und Fuchs 1999; Gupta und Ferguson 1997) und der Soziologie (vgl. Goffman 1989; Amann und Hirschauer 1997; Hitzler 1999) liegen¹, ethnographische Forschung jedoch auch im qualitativen Forschungsrepertoire der Erziehungswissenschaft einen zunehmend höheren Stellenwert einnimmt (Friebertshäuser, Rieger-Ladich und Wigger 2009). Die erziehungswissenschaftliche Forschung verfügt zudem über eigenständige Traditionslinien der Feldforschung (Thole 2010) und denkt auch zunehmend über die spezifischen Charakteristika einer eigenständigen pädagogischen bzw. erziehungswissenschaftlichen Ethnographie nach.² Der aktuelle Bedeutungszuwachs der Ethnographie ist jedoch auch durch die enge Koppelung qualitativer Forschung an soziologische und kulturtheoretische Entwicklungen und damit an den „practice turn“ (Schatzki, Knorr-Cetina und Savigny 2001) dieser Bezugsdisziplinen gebunden. Fand die Ethnographie in der Erziehungswissenschaft zunächst Anknüpfungspunkte in der hermeneutischen und lebensweltorientierten Tradition der Disziplin (vgl. Krüger 2000; Friebertshäuser 1997), so wird im Kontext dieses ‚practice turns‘ ethnographische Feldforschung in erziehungswissenschaftlichen Forschungsarbeiten zunehmend performanztheoretisch (ex. Fritzsche 2003; Wulf et al. 2004; Tervooren 2006; Schulz 2010), feldtheoretisch (ex. Neumann 2012c), und vor allem eben auch praxisanalytisch begründet (ex. Breidenstein 2006; Cloos et al. 2007; Reh und Labede 2009; Kelle 2010b; Fritzsche, Idel und Rabenstein 2011).

Auch die hier vorgelegten Studien folgen mit der Frage nach den *Praktiken* der Entwicklungsbeobachtung einer solchen praxisanalytischen Konzeptualisierung ethnographischer

¹ Zu den Differenzen zwischen ethnologischer und soziologischer Ethnographie siehe Scheffer und Meyer (2011).

² Programmatisch-konzeptionelle Entwürfe für eine dezidiert pädagogische oder erziehungswissenschaftliche Forschung in der Erziehungswissenschaft liegen von Zinnecker (2000), Zeck (2000), Friebertshäuser, Krüger und Bohnsack (2002), Honig (2002), Lüders (2006), Wiesemann (2000) und Hünersdorf (2009) vor. Zudem wird die erziehungswissenschaftliche Bedeutung ethnographischen Wissens in ihrer professionalisierenden Leistung für eine Verknüpfung von erziehungswissenschaftlichen Perspektiven und professionellem Handeln hervorgehoben, beispielsweise bei Friebertshäuser (1997), Marotzki (2000) und Kelle (2004).

Feldforschung. Damit ist jedoch nicht nur ein bestimmtes Verständnis verbunden, wo im Feld die Wirklichkeit der Entwicklungsdiagnostik aufzusuchen ist. Entlang des von Bloor (1991) formulierten Symmetriepostulats wissenssoziologischer Forschung bringt die praxistheoretische Fundierung ethnographischen Forschens auch mit sich, dass diese selbst auch als soziokulturelle und materiale Praxis der systematischen Wissensproduktion begriffen werden muss (vgl. Knorr-Cetina 1988; Kelle 2001a). Aus dieser Einsicht in die ‚Gleichartigkeit‘ von Forschungsgegenstand und Forschungsarbeit *als Praxis*, lässt sich entsprechend auch keine Feldforschungsmethodologie entwickeln, die auf eine methodische Objektivierung der Forschungsarbeit im positivistischen Sinne setzt. Denn auch für die Praxisformen ‚Methoden‘ muss anerkannt werden, dass sie, wie die entwicklungsdiagnostischen Praktiken auch, vor allem *wissensproduktiv* sind und daher keinen Anspruch auf die kontrollierte Abbildung einer Wirklichkeit ‚da draußen‘ einnehmen können.

Ethnographische Methodologien vermögen diese für qualitative Forschung gängige Einsicht in den Konstruktcharakter ihrer Wissensproduktion jedoch so gut wie kaum eine andere Forschungsstrategie produktiv zu wenden. Mit ihrem ‚Forschungsinstrument‘ des Teilnehmenden Beobachters setzen sie auf ein Erkenntnisprogramm, das auf die maximale „Verschlingung“ (Nassehi und Saake 2002) von erforschter Praxis und ihrer methodisch-analytischen Durchdringung zielt. Durch die Teilhabe am Feldgeschehen und die fortlaufende Verschränkung von Datenerhebung und -analyse wird dabei eine kontextsensible und reflexive Entwicklung von Feldforschungsmethoden realisiert, zu deren gegenstandsadäquater Handhabung die Feldforscher nicht nur durch ihre sozialwissenschaftlichen Kompetenzen, sondern vor allem auch den „Methodenzwang des Feldes“ (Amann und Hirschauer 1997: 37) befähigt werden.

Durch die lange Teilnahme am Geschehen wird entsprechend die Auflösung des Antagonismus von Forschungsobjekt und Erkenntnissubjekt forciert und die ‚methodische Kontrolle‘ der Forschung vor allem vom Forschungsprozess selbst erwartet. Wie sich eine solche Methodisierung der Forschungsarbeit durch das Feld trotz der praxistheoretischen Einsicht in den konstruktiven Charakter der Forschungsarbeit gestalten kann, wird deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass mit diesen Feldern der Forschung nicht einfach nur vorfindbare, natürliche Felder gemeint sind. Forschungsfelder sind vielmehr eine aktive Konstruktionsleistung der Forschung. Dies wird an dem bestimmenden Theorie-Empirie-Modell deutlich, wie es für Forschungsarbeiten im Kontext einer „analytischen Ethnographie“ (Lofland 1995) charakteristisch ist.

4.1.1 ‚Verschlingung‘ von Theorie und Empirie in (praxis-)analytischer Forschung

Anders als ethnographische Studien, die sich am Lebensweltkonzept orientieren und darauf zielen, bestimmte soziale Gruppierungen oder Organisationen als ‚kleine Lebenswelten‘ aus der Perspektive ihrer Einwohner (‚natives‘) zu beschreiben und zu „verstehen“ (Friebertshäuser 1997), formulieren analytische Ethnographien den Anspruch, in Vermittlung mit der intensiven Teilhabe an der lokalen Praxis, übergreifende theoretisch-analytische Fragen zu explorieren. Lofland (1995) definiert analytische Ethnographien entsprechend als Forschungsarbeiten, in denen

“to a greater or less degree, an investigator (a) attempts to provide generic propositional answers to questions about social life and organization; (b) strives to pursue such an attempt in a spirit of unfettered or naturalistic inquiry; (c) utilizes data based on deep familiarity with a social setting or situation that is gained by personal participation or an approximation of it; (d) develops the generic propositional analysis over the course of doing research; (e) strives to provide data and/or analysis that are true; f) seeks to provide data and/or analyses that are new; and (g) presents an analysis that is developed in the senses of being conceptually elaborated, descriptively detailed, and concept-data interpenetrated” (Lofland 1995).

Da analytischen Ethnographien also vor allem ein theoriebezogener Auftrag zugrunde liegt (vgl. auch Hirschauer und Amann 1997; Nadai und Maeder 2005; Kalthoff, Hirschauer und Lindemann 2008), werden die aufgesuchten lokalen Kulturen nicht einfach nur um ihrer selbst willen exploriert, sondern um im Kontakt mit ihnen spezifische Theoretisierungsleistungen für die wissenschaftliche Praxis zu erbringen. Dies setzt ethnographische Forschung einerseits für Fragestellungen frei, die über die Weltansichten der Teilnehmer („natives point of view“) hinausreichen. Andererseits können diese Theoretisierungsleistungen als „realistic tales“ (van Maanen 1988) jedoch auch nur aus einer engen Vertrautheit mit den Praktiken und Relevanzen ‚vor Ort‘ entwickelt werden. Am Beispiel von Lofland drückt sich diese wechselseitige Durchdringung von theoretischen Interessen und der Praxis vor Ort in dem Anspruch aus, Daten und Analysen zu präsentieren, die „true“ sind (siehe Punkt e).

Dieser Anspruch auf ‚Wahrheit‘ ist dabei erst einmal irritierend, da er sich auf der semantischen Ebene mit der Einsicht in den Konstruktcharakter ethnographischer Wissensproduktion beißt, die von einer praxistheoretischen Konzeptualisierung der Forschungstätigkeiten auszugehen hat. Allerdings ist mit der ‚Wahrheit‘ von Daten (factual trueness) und Analysen (analytical trueness) bei Lofland auch keine Rückkehr zum Positivismus oder einem unterstellten Erkenntnisprivileg der Forschung verbunden. Vielmehr kommt mit der Forderung nach ‚trueness‘ ein pragmatischer Realismus zum Ausdruck, der trotz der unhintergehbaren Einsicht in die wirklichkeitskonstituierende ‚Praktiziertheit‘ ethnographischer Forschung darauf besteht, bestimmte Ansprüche an den empirisch-analytischen Gehalt ihrer Forschungsleistungen nicht vorschnell aufzugeben. In diesem Sinne verlangt Lofland in Bezug auf die „factual trueness“ eine möglichst akkurate ‚Datenproduktion‘, die sich vor allem in vielfältigen, detaillierten und kontextualisierenden Beschreibungen der beobachteten Situationen ausdrückt. Die „analytical trueness“ zielt bei Lofland hingegen auf eine Konsistenz zwischen analytischer Arbeit und erhobenen ‚Daten‘, die vor allem in elaboriert ausgearbeiteten und empirisch detailreich präsentierten Konzepten zum Ausdruck kommt (siehe dazu auch seinen Punkt g).³

Jedoch setzt auch diese Formulierung von Gütekriterien ethnographischen Forschens diese nicht davon frei, ihre eigene Praxis als konstruktive Darstellungsarbeit zu reflektieren, die ihre eigenen Fiktionen, von dem ‚was sein könnte‘ produziert (vgl. Geertz 1990). Zwar kann sich praxisanalytische Forschung auf die ‚Öffentlichkeit‘ ihrer untersuchten Phänomene verlassen, sie weiß jedoch spätestens seit der sogenannten „Krise der Repräsentation“ (Berg und Fuchs 1999), dass der Konstruktcharakter ihrer beobachtenden Zugänge zu diesen Prak-

³ Vgl. zu diesen Formen der ‚Trueness‘ als Charakteristikum und Gütekriterium ethnographischer Berichte auch Spradley (1980) und Emerson, Fretz und Shaw (1995).

tiken nicht aufzulösen ist. Daher zielen praxisanalytische Ethnographien darauf, diese unauf lösbare Differenz zwischen Teilnehmer- und Forscherperspektiven offensiv als produktive Seite ethnographischer Forschung zu wenden und sie als Bedingung der Möglichkeit zu sehen, um Praktiken analytisch zu „explizieren“ (Hirschauer 2001, vgl. auch Kelle 1997).

Neben der extensiven Deskription der beobachteten Praxis stellt daher die „Interpenetration“ (Lofland 1995), also die wechselseitige Durchdringung von ‚Daten‘ und Analysen (Phänomenen und Begriffen), einen zentralen Aspekt der Forschungsarbeit dar.⁴ Ethnographische Analysen zeichnen sich durch dadurch, wie Amann und Hirschauer (vgl. Amann und Hirschauer 1997: 40) hervorheben, durch einen ausgesprochen „konkretistischen Denkstil“ aus. Dieser findet seinen Ausdruck darin, dass auf der einen Seite „Begriffe als Phänomene ‚aufgemacht‘, entfaltet und rekombiniert werden; auf der anderen Seite aber auch, dass Phänomene begrifflich expliziert und respezifiziert werden“ (Amann und Hirschauer 1997: 39).

Für die Ausgestaltung dieses konkretistischen Denkstils ist dabei ein Umgang mit den in dieser Weise produzierten analytischen Daten vonnöten, den Kalthoff (2003) als Gleichzeitigkeit von „Dokumentarismus“ und „Konstruktivismus“ kennzeichnet. Im dokumentaristischen Umgang mit den eigenen Beschreibungen der Praxis muss die Ethnographin davon ausgehen, dass ihre Verschriftlichungen von Beobachtungen etwas dokumentieren, ‚was auch wirklich so gewesen ist‘, um sich einem möglichst genauen Explizieren der beobachteten Phänomene zu verpflichten. Im konstruktiven Umgang mit den eigenen Beschreibungen gilt es jedoch fortlaufend zu reflektieren, wie sich die Standortgebundenheit der Feldforscherin als Akteurin einer spezifischen Forschungspraxis in diese Datenproduktion ‚einschreibt‘ – um auch aus diesen Einsichten Optionen für die weitere Forschungsarbeit zu gewinnen. Für Kalthoff (ebd.) ist die ethnographische Wissensproduktion demnach durch eine doppelte Differenz gekennzeichnet, „nämlich einer zwischen Forschung und Reflexion (zwischen dokumentaristischen und konstruktivistischen Argumentationsregimes) und der Differenz von ‚Wirklichkeit dort draußen‘ und ihrer differenten Beschreibung durch die Soziologie“ [resp. Erziehungswissenschaft, SB] (ebd: 87).⁵

4.1.2 Die Feldforscherin als Forschungsinstrument

Die langfristige Platzierung der Forschungsarbeit in den lokalen Settings der Untersuchung durch die Teilnehmende Beobachtung dient entlang der skizzierten Überlegungen entsprechend nicht nur der Produktion möglichst konkreter Daten durch die Teilnahme an den Praxen vor Ort, sondern vor allem auch dazu in der Verschränkung von erfahrungsbasierter Datenerhebung und analytischem Denken dieses produktive Wechselverhältnis kontextbezogen zu organisieren. Dies bedeutet auch, dass sich die fortschreitende Konzeptentwicklung an ihrem analytischen Auflösungsgrad zu bewähren hat, der immer wieder von der gezielten Suche nach Kontrasterfahrungen im Feld herausgefordert wird. Daher ist es wichtig, sich

⁴ Diese iterativ-zyklische Ausgestaltung des Forschungsprozesses ist ein ebenso typisches Merkmal von -Grounded-Theory-Studien (vgl. Glaser und Strauss 1998 [1967], Strübing 2004), die jedoch nicht zwingend auf einem Feldforschungsdesign aufbauen.

⁵ Die von Lofland eingeforderte ‚trueness‘ lässt sich mit Kalthoff entsprechend als Gegenentwurf zu den sogenannten ‚reflexive accounts‘ in der Ethnographie verstehen, die mit ihrem autobiographischen Bekenntnisstil vor allem die eigenen Interpretationswege und -leistungen in den Vordergrund rücken (siehe auch die Differenzierung von confessional, impressiv und realistic styles ethnographischer Forschung bei van Maanen (1988). Zur Kritik dieser auch als ‚diary disease‘ polemisierten reflexive accounts siehe auch Geertz (1990), Walford (1998) und Bourdieu (1999).

nicht nur einmal ins ‚Feld‘ zu begeben⁶, sondern gerade durch einen permanenten Wechsel von Forschung vor Ort und Forschung am Schreibtisch, die fortlaufenden Konzeptualisierungen in der analytischen Arbeit zum Ausgangspunkt der nächsten Beobachtungsaktivitäten zu machen. Im offensiven Umgang der analytischen Ethnographie mit der Theoriegeladenheit und Praktiziertheit ihrer Empirie, geht es in der Teilnehmenden Beobachtung somit darum, immer wieder ‚Brüche‘ in der analytischen Arbeit durch die partielle Integration der Feldforschungsperson in einen sehr konkreten lokalen Kontext zu forcieren. Breidenstein (2006: 22) spricht davon, „sich involvieren zu lassen“. Da aus diesem fortlaufenden Involviertsein die Neujustierungen der analytischen Konzepte resultieren, sind gerade diese Brüche auch als praxisanalytische Form der ‚reality checks‘ zu verstehen.

Daher ist die lange Strecke der Datenerhebung vor Ort als Konditionierung der ForscherInnen entlang des Wechselspiels von Teilhabe und Distanzierung zu verstehen. EthnographInnen sind „verkörperte Forschungsinstrumente“, die nicht nur durch ihre theoretische und methodische Ausbildung, sondern eben auch intensiv „durch das Untersuchungsgebiet trainiert werden“ (Knorr-Cetina 2002: 37). Dieses Training schließt auch die sukzessive Einsicht darin ein, wie, wo und wann ‚das Feld stattfindet‘ (vgl. Scheffer 2008) und welche Forschungsstrategien und -methoden hier adäquat einzusetzen und/oder zu entwickeln sind.

4.2 Die Praktiken der Forschung in den hier vorgelegten Studien I

Diese fortlaufende Form der Ethnographie wurde dabei von mir in abwechselnden Phasen der Forschung organisiert. Die insgesamt sechs Feldphasen, in denen über mehrere Wochen die Teilnehmende Beobachtung und das Führen von Interviews im Vordergrund standen, wechselten sich dabei mit längeren Phasen ab, in denen die analytische Arbeit ‚am Material‘ im Vordergrund stand.

In den Phasen der Feldforschung ging es dabei vor allem um die möglichst umfangreiche und perspektivische Teilnahme am Geschehen. Die Teilnahmemöglichkeiten wurden dabei durch das Setting der Vorsorge- oder Schuleingangsuntersuchungen jedoch mit bestimmten Auflagen versehen, die durch den ‚Kammerspiel-Charakter‘ der Untersuchungen bedingt sind:

- Sowohl die Kinder- und Schuleingangsuntersuchungen finden zwar über verschiedene Praxisräume verteilt, dabei jedoch zumeist *auf engem Raum* und mit klaren Aufgabenverteilungen statt;
- diese *festverteilten Positionen* der Akteure (Kind, Eltern, Arzt) kann die Ethnographin nur schwerlich übernehmen und somit auch nicht im eigentlichen Sinne an ihnen teilnehmen. Ihr bleibt in der Untersuchungssituation zumeist nur die Rolle als Zuschauerin.
- Zudem handelt es sich um *prüfungsähnliche fokussierte Interaktionen*, bei denen unter Zeitdruck stabile Entscheidungen herbeigeführt werden müssen. Die Non-Compliance von Kindern, aber auch Eltern, kann die Untersuchungen schnell zum Scheitern bringen. Entsprechend gilt es für die Ethnographin hier vor allem nicht zu ‚stören‘, das heißt sich wie eine Hospitantin möglichst im Hintergrund zu halten.

⁶ In diesem Verständnis von Feldforschung unterscheidet sich die analytische Ethnographie entsprechend von dem Programm einer „fokussierten Ethnographie“ bei Knoblauch (2001), auch wenn sie mit dieser den Anspruch der eigenständigen Analyse teilt. Im Gegensatz zum datenextensiven Konzept der langen teilnehmenden Beobachtung schlägt Knoblauch eine kurze Feldphase vor, die durch Aufzeichnungsapparaturen wie Videokamera und Aufnahmegerät „datenintensiv“ ausgestaltet werden soll (vgl. dazu auch die Replik auf Knoblauchs Beitrag von Breidenstein und Hirschauer 2002).

- Diese *Zeitökonomie* der Untersuchungen geht damit einher, dass wenig Zeit für Nachfragen bleibt, und diese, wenn möglich auf die kurze Zeit zwischen Untersuchungen gelegt werden müssen.

Durch diesen Kammerspielcharakter wurde die Teilnehmende Beobachtung also in spezifischer Weise beschränkt, die starke Routinisierung der Untersuchungsabläufe brachte es aber auch mit sich, dass verschiedene Varianten, sich im Feld zu platzieren, möglich wurden. Dazu habe ich beispielsweise meine Teilnahmemodalitäten entlang der verschiedenen Formen der Beteiligung verschiedener Akteure im Feld variiert. In Anlehnung an Marcus' (2009) Vorschlag einer „multi-sited ethnography“⁷, welche die unterschiedlichen Bewegungen und Verbindungslinien in lokal verstreuten Feldern zu ihrem Ausgangspunkt macht, habe ich mich den unterschiedlichen Akteuren des Feldes im Sinne eines „following the people“ an „die Fersen geheftet“: Mal habe ich die Kinder, mal die Arzthelferin, mal den Arzt begleitet. In Bezug auf die Begleitung von Kindern und Eltern sollten die einzelnen Untersuchungen so in ihrem ganzen Vollzug begleitet werden, eben genau so wie sie sich für die Kinder und Eltern darstellen. Dadurch erschlossen sich mir auch Zugänge dazu, wie Kinder und Eltern mit den Orts- und Personenwechsel innerhalb der einzelnen Untersuchungen umgehen und auch was sie im Umgang mit den Wiederholungen, Friktionen und Widersprüchen dieser arbeitsteilig organisierten Praxis leisten müssen.

Gegenüber dieser Abfolge von einzelnen Untersuchungssituationen und Pausen, wie sich die Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen für die Eltern darstellen, zeigt sich der Untersuchungsalltag des medizinischen Personals in den Kinderarztpraxen und Schuleingangsuntersuchungen als eine zum Teil ‚gehetzte‘ Abfolge und Parallelisierung von Untersuchungsschritten. Die Begleitung der Ärzte oder der Assistenten über ganze Tage hinweg, zeigte dabei die relative Gleichförmigkeit der Untersuchungspraxis auf und vermittelte ein Gefühl für die Taktung und die Rhythmen der Untersuchung, wann etwas lange dauert und wann nicht, welche Kinder besonders lange für einzelne Untersuchungsaufgaben brauchen und wieso Eltern, die sich selbst nicht auf die Zeitökonomie der Untersuchungen einstellen, für die medizinischen Akteure ‚anstrengende Eltern‘ sind. Entsprechend vermittelte diese Begleitung des medizinischen Personals über mehrere Untersuchungen hinweg Einblicke in die Vorder- und Hinterbühnen ihrer Untersuchungspraxis, aber auch die impliziten Standards, die sich aus der Routinisierung der Untersuchungen ergeben (vgl. Bollig 2010).

Neben diesen unterschiedlichen Formen des ‚Dabeiseins‘, bildeten in den Feldphasen aber auch die Verschriftlichungen der Beobachtungen und Erfahrungen ‚im Feld‘ einen Schwerpunkt. Während der Beobachtung der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen habe ich Feldnotizen („jottings“ - Emerson, Fretz und Shaw 1995) gemacht, die sich vor allem auf diejenigen Aspekte der Praxen bezog, die für die spätere Protokollierung notwendig schienen. Zur Erhöhung meiner Beobachteraufmerksamkeit, habe dabei meine eigene Beobachtungstätigkeit selbst auch als ‚verteilte Praxis‘ konzipiert, so dass einzelne Beobachtungsleistungen ‚delegiert‘ werden konnten. So habe ich zum Beispiel, wenn möglich, ein Aufnahmegerät verwendet, das mich gerade in den intensiven Gesprächssituationen davon

⁷ Marcus (2009) schlägt für sein Konzept einer „multi-sited ethnography“ entsprechend vor, der perspektivischen Gebrochenheit von Feldern mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Diese macht sich sowohl an den unterschiedlichen Positionen der Akteure festmacht, die in diverser Weise in diese Praktiken involviert sind, als auch an den diversen Zeiten, Orten und Formen in die diese Praxis verstreut ist. Um diese Perspektivik zu erschliessen, schlägt er folgende Strategien der Spurensuche vor: "Follow the People"; "Follow the Thing", "Follow the Metapher", "Follow the Plot, Story, or Allegory"; "Follow the Life or Biography", "Follow the Conflict" etc. (vgl. auch Marcus 1995).

freisetzte, einzelne sprachliche Beiträge im konkreten O-Ton festzuhalten. So konnte ich mich in den wenigen Notizen, die ich mir dadurch im Laufe der Situation ‚nur noch‘ machen musste, auf den situativen Ablauf selbst und die nicht-sprachlichen Aspekte der Situation konzentrieren⁸. Zu Beginn der Feldforschung waren diese Gesprächsmitschnitte vor allem auch hilfreich, um in transkribierter Form eigenständig analysiert zu werden. In den Mitschnitten wurden einzelne Gesprächstaktiken und -dynamiken deutlich, die mich weitaus rascher für die Rolle der Gespräche im Vollzug der Untersuchungen sensibilisierten, als es allein aufgrund der eigenen Wahrnehmung möglich gewesen wäre. Im Zuge der insgesamt dreijährigen Beobachtung im Feld wurden diese Transkriptionen jedoch zunehmend weniger, da mit dieser Materialisierung von Daten auch die ‚Gefahr‘ verbunden war, den Gesprächsanteilen einen zu hohen Stellenwert in Bezug auf die ‚bodily doings and sayings‘ der Untersuchungspraxis beizumessen.⁹ Insofern wurden die Audioaufnahmen im weiteren Verlauf der Forschungsarbeit im Prozess der Verschriftlichung von Beobachtungen nur noch dann herangezogen, wenn es um die gezielte Überprüfung des detaillierten Wortlauts in bestimmten Zügen der Gespräche ging.

Eine ähnliche Rolle in der Verteilung von Beobachtungsaktivitäten nahm auch das Abfotografieren der in den Untersuchungen hergestellten Testdokumente ein, wozu neben den Tests selbst auch die Aufgabenblätter und die von den Kindern gemalten Bilder gehörten. Neben ihrer Bedeutung für die Erschließung der Beiträge der einzelnen ‚Partizipanden‘ der Praxis, nahmen diese Felddokumente in der Anfertigung ausführlicher Beobachtungsprotokolle auch die Rolle von eigenständigen Informanten ein. Sie gaben Aufschluss darüber, auf welche Materialisierungen der Testpraxis sich die Akteure in den beobachteten Situationen bezogen haben, auch wenn mir diese durch die schnelle Abfolge von Aktivitäten oder einer ungeschickten Beobachterposition gegebenenfalls entgangen waren.

In den möglichst zeitnah zu den Beobachtungen erstellen Beobachtungsprotokollen wurde das Beobachtete dann möglichst detailliert und kontextualisierend beschrieben. Dabei wurde sowohl ‚unmittelbar‘ Wahrgenommenes als auch die Eindrücke und mein Verständnis der Situationen zu Papier gebracht. Anfänglich habe ich dabei vor allem den Abläufen und materialen Arrangements in den Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen viel Aufmerksamkeit gewidmet, diese deskriptiven Beschreibungen traten jedoch zunehmend zu Gunsten von einzelnen Episoden und Szenen (vgl. Emerson, Fretz und Shaw 1995: 77ff.) in den Hintergrund, welche dann vor allem mit Blick auf die Dynamik und Organisiertheit der Situationen expliziert wurden. Des Weiteren habe ich separate Memos erstellt, in denen ich meine weiterführenden Gedanken zu dem ‚Erlebten‘ dokumentiert und ausgearbeitet habe.

In den an diese Feldphasen anschließenden Analysephasen wurden die von mir erstellten Beobachtungsprotokolle dann Feinanalysen unterzogen und entlang des Grounded-Theory-Vorgehens kodiert (vgl. Strauss 1994, Strauss und Corbin 1996). Für die ‚Interpenetration‘ von Beschreibungen und Analysen war dieses Kodieren, das sowohl Aspekte des offenen, des selektiven als auch des axialen Kodierens umfasst, besonders hilfreich. Dies liegt daran, dass es das Kodieren erfordert, die einzelnen Passagen aus den Beobachtungsprotokollen

⁸ Die nachträgliche ‚Parallelisierung‘ von Notizen und Audiospur wurde vor allem dadurch erleichtert, dass ich meine „jottings“ in der Situation mit einzelnen markanten Teilnehmerbegriffen versah, die zu diesem Zeitpunkt in den Sprechakten benutzt wurden.

⁹ Neben diesen epistemologischen Vorbehalten gegenüber den Audioaufnahmen machte sich die damit verbundene Gefährdung forschungspragmatisch auch an einer gewissen ‚Faulheit‘ bemerkbar, die sich bei der Feldforscherin als Schreiberin einstellte, sobald das Abhören der Audioaufnahmen sie von der zum Teil mühsamen Last der Explikation der beobachteten Situation zu entlasten versprach.

‚auf den Begriff zu bringen‘. Dabei habe ich vor allem darauf geachtet, nicht nur einzelne Aspekte aus den Beobachtungsprotokollen, sondern ganze Aktivitätskomplexe als sozial verstehbare Sets von ‚bodily sayings and doings‘ als Phänomenbereich der Kodes zu identifizieren. Einzelaktivitäten, wie beispielsweise ‚das Untersuchungsheft überreichen‘ wurden in dem Sinne als eine Variante der Praktik ‚Untersuchung beenden‘ verstanden und konnten in weiteren Kodierschritten aber auch unter ‚Hausaufgaben verteilen‘ subsumiert werden. Entsprechend zielten die Kodes nicht auf die körperlichen Aktivitäten selbst, sondern auf deren situative Ziel- und Zweckhaftigkeit (Teleoaffektivität), die sich aus den kontextualisierenden Beschreibungen erschlossen. Das zunächst ‚offene Kodieren‘ wurde dabei über die verschiedenen analytischen Vorgänge (Kodieren, Memos) hinweg, zunehmend von einem selektiven Kodieren abgelöst, das auf die Dimensionalisierung einzelner Kategorien (bspw. ‚Normalisierungspraktiken‘, ‚Zeitpraktiken‘) zielte. Zur ‚Entdeckung‘ dieser Kategorien war dann wiederum das Zusammenspiel von feinauflösenden Analysen einzelner Protokollstellen und die verdichtende Analyse von Praktikenkomplexen in höher aggregierten Kodes zentral.

Analytische Konzepte, die aus der genannten Vermittlung von Feinanalysen und Kodierung entstanden, habe ich zudem in analytischen Memos festgehalten, die sowohl zur Ausarbeitung einzelner Kategorien dienten als auch die herangezogenen normalisierungs-, präventions- und kindheitstheoretischen Konzepte auf ihre Bedeutsamkeit für die Weiterentwicklung der Interpenetration von Phänomenen und Begriffen ‚prüften‘. Die Tragfähigkeit dieser Analysen wurde dabei in denen für das ‚Feld der Wissenschaft‘ typischen Praktiken der öffentlichen Diskussion auf die Probe gestellt, sei es im projektinternen Austausch, in Forschungswerkstätten oder Vorträgen auf Fachtagungen. In dieser Prozessierung der Analysen in verschiedene Arten von Kodierungen und Memos wurde entsprechend die Vermittlung von Daten und Analysen vollzogen, die Lofland mit dem Begriff der ‚Interpenetration‘ vor Augen hat.

Im Sinne eines prozessualen Wechselbezugs von Erhebungs- und Analysephasen dienten diese vielförmigen und von Beginn anvollzogenen Analysen aber jeweils auch als Grundlage für ‚Arbeitshypothesen‘, die in der nächsten Feldphase wiederum die fokussierten Beobachtungen (vgl. Spradley 1980) anleiteten. Diese zunehmende Fokussierung der Beobachtungen wurde im Verlauf der verschiedenen Phasen von Feldforschung/Analysen dann aber nicht nur an den Analysen deutlich. Auch die Beobachtungsprotokolle fokussierten in zunehmendem Maß weniger die Performanz von Praktiken, sondern zielten darauf, ihre *Organisiertheit* zu explizieren.

4.3 Teilnehmende Beobachtung als praktizierte Methodologie

In dem skizzierten Wechsel von Analyse und Feldforschung organisierte ich als Ethnographin einen intensiven Dialog mit den eigenen Erfahrungen, Darstellungen und Analysen; betrieb dabei jedoch weder im Feld der Wissenschaft noch im Feld der Entwicklungsdiagnostik ein ‚Privatspiel‘. Denn auch die Forschungssituation der Teilnehmenden Beobachtung bleibt den Aktivitäten im Feld nicht äußerlich. Die ‚Beforschten‘ reagieren selbst intensiv auf die Forschungssituation. Sie erklären ihr Handeln, präsentieren, was sie für wichtig und zentral halten, aktualisieren Routinen in Umgang mit Fremden (vgl. Kalthoff 1997), beobachten, was die Feldforscherinnen tun und reflektieren vor dem Hintergrund der vermuteten Perspektive der Ethnographen ihre eigene Praxis (vgl. Huf 2006; Ott 2011). Was Teilnehmende Beobachterinnen ‚im Feld‘ beobachten, wird entsprechend durch die Ko-Präsenz von Forscher und Geschehen auch erst hervorgerufen. Aus positivistischer Sicht wird diese Interaktivität zwi-

schen Feldakteuren und Feldforscherin häufig als Kontamination des Untersuchungsgegenstandes problematisiert. Im Kontext analytischer Ethnographien wird diese Interaktivität jedoch selbst als wissensproduktives Moment der Feldforschung angesehen, denn aus der Wechselwirkung von Feldakteuren und Feldforschern ergibt sich analytisch die Möglichkeit, die Re-Konstitution der lokalen Praxis auf dem emergenten Niveau der Feldforschung zu beobachten (vgl. Hünersdorf 2012; Neumann 2012c).¹⁰ Entsprechend dienen diese Reaktionen in der über einen längeren Zeitraum stattfindenden Teilnahme am Feld auch dazu, über verschiedene Modulationen von Nähe und Distanz, Perspektiven und Kontrasten die Feldforschung zu ‚situieren‘, „als Praktik unter Praktiken, mitten im Geschehen“ (Schmidt 2012a: 255).

Entlang dieser Vorstellung von Ethnographie als einer praktizierten Methodologie, welche die Verschlingung von Forschung und Gegenstand fortlaufend forciert und reflektiert, wandelt sich entsprechend auch das Verständnis von den *Feldern* ethnographischer Forschung. Diese werden dann nicht mehr nur einfach als *natürliche Felder* aufgefunden, sondern in einem Zusammenspiel von disziplinären Problemstellungen, theoretischen ‚Werkzeugen‘, den spezifisch zeit-räumlichen Institutionalisierungsformen sozialer Praxis, den Methoden ihrer Erforschung und der interaktiven Situation der Feldforschung erst als *verräumlichte Forschungsgegenstände* hervorgebracht. Sie sind daher vor allem „eine konstruktive Leistung der Forschung“ (Wolff 2000b: 338). Neumann (2012c) qualifiziert ethnographische Forschungsfelder im Anschluss an die Bourdieusche Feldtheorie daher als einen „Modus der Objektkonstruktion“, der in ethnographischer Forschung darüber funktioniert, dass „Beobachtungsmilieus“ konstituiert werden, in denen Beobachter und Beobachtetes aufeinandertreffen und sich gegenseitig transformieren. In seiner wissensproduktiven Dimension stellt dann eben genau dieser relationale Transformationsprozess das *Feld der Forschung* dar.

Text 7

Der herausgehobene Stellenwert, den die Forschungspersonen im Kontext eines solchen Feldbegriffes einnehmen, ist Gegenstand des von mir und Sascha Neumann¹¹ gemeinsam verfassten Zeitschriftenartikels „Die Erfahrung des Außerordentlichen. Fremdheit/Vertrautheit als methodisches Differential einer Ethnographie pädagogischer Ordnungen“. Der Artikel ist 2011 in der Zeitschrift für Qualitative Forschung (ZQF) im Themenschwerpunkt „Auf der

Bollig/Neumann (2012): Die Erfahrung des Außerordentlichen. Zeitschrift für Qualitative Forschung ZQF, 2/2011, 199-216

¹⁰ Nassehi und Saake (2002) machen sich daher ähnlich wie Bourdieu und Waquant (1996), Amann und Hirschauer (1997), Kalthoff, Hirschauer und Lindemann (2008) und Neumann (2012a) für die Überwindung der Empirie - Theorie -Trennung stark. Dass diese Verschlingung von Gegenstand und Forschung nicht nur Forschungsstrategien mit ‚weichen‘ Daten (wie die Ethnographie) betrifft, sondern auch Forschungsgenres die mit ‚harten‘ Daten wie z.B. Interviewtranskripten zu tun haben, zeigen Nassehi und Saake (2002) dabei am Beispiel biographischer Interviews auf. Die in diesen Interviews erzeugten „biografischen Narrationen“ der Befragten stellen dabei nicht einfach nur ‚erzähltes Leben‘ dar, sondern eine Selbstbeschreibungsförm von ‚Biographie‘ unter vielen anderen, die eng an die spezifisch kommunikative Situation des Interviews gebunden ist (vgl. dazu auch Thielen 2009).

¹¹ Dr. Sascha Neumann ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Luxembourg. Die Zusammenarbeit zu diesem Artikel entstand innerhalb eines Netzwerkes von deutschsprachigen ErziehungswissenschaftlerInnen, die sich mit „Methodologien einer Empirie pädagogischer Ordnungen“ auseinandersetzen. Kap 1, 2 und Kap 3.1 bauen auf Vorarbeiten von mir auf und wurden auch federführend von mir ausgearbeitet. Der Beitrag ist nicht Teil einer von Sascha Neumann eingereichten Qualifikationsarbeit.

Suche nach dem Gegenstand: Methodologisch-methodische Probleme der empirischen Analyse pädagogischer Ordnungen“ erschienen.

Der Beitrag schließt an eine methodologische Diskussion an, die unter dem Leitbegriff ‚pädagogischer Ordnungen‘ ein nicht-normatives Verständnis der Eigenlogik pädagogischer Praxis zum Ausgangspunkt empirischer Forschungsbemühungen macht. Vor dem Hintergrund der damit verbunden Zielsetzung einer empirischen Bestimmung des Pädagogischen, lotet der Beitrag den Stellenwert ethnographischer Forschungsstrategien in der Erziehungswissenschaft für eine solche Forschungsaufgabe aus. Dabei wird auf die auch für erziehungswissenschaftliche Ethnographie nach wie vor zentrale methodologische Leitdifferenz von Fremdheit/Vertrautheit zurückgegriffen und zunächst eine Analyse der aktuellen methodologischen Debatte um die Ethnographie in der Erziehungswissenschaft vorgestellt. Aus diesem Diskurs werden drei Fremdheitsmotive herausgearbeitet, deren Be- und Entgrenzungen mit Blick auf eine Ethnographie pädagogischer Ordnungen diskutiert werden. Im Rückgriff auf Waldenfels‘ Fremdheitsbegriff und die Bourdieusche Feldtheorie wird die ‚Verfremdung‘ als methodologischer Bezugspunkt einer ethnographischen Empirie pädagogischer Ordnungen entfaltet, wobei der epistemologische Stellenwert der Feldforschungsperson in den Vordergrund rückt (199).¹²

Das ‚konstruktivistische Programm‘ einer analytischen Ethnographie wird in diesem Beitrag entsprechend noch einmal in Bezug auf das für ethnographische Forschung historisch und aktuell bedeutsame Differential von Fremdheit und Vertrautheit bezogen. Die drei herausgearbeiteten Fremdheitsmotive, die in aktuellen Forschungsarbeiten und methodologischen Beiträgen im Rahmen erziehungswissenschaftlicher Ethnographie in Anspruch genommen werden, um die wissensinnovative Leistung ethnographischer Forschung zu begründen, werden dabei in Bezug auf ein je eigenes Spiel von Eigenem/Anderem und Vertrauten/Fremden analysiert, das in ihnen zum Ausdruck kommt. Drei Fremdheitsmotive werden dabei unterschieden: die *Nicht-Vertrautheit: Beschreibende Anerkennung des Anderen als Fremdes*, die *Nicht-Zugehörigkeit: Unterstellte Fremdheit als Dynamisierung des Verhältnisses von Eigenem und Anderem* und das *Nicht-Wissen: Die Befremdung des Eigenen*. Gerade letzteres Fremdheitsmotiv ist für den Bedeutungszuwachs von ethnographischer Forschung in der Erziehungswissenschaft besonders relevant, da es auf eine Irritation des Eigenen (disziplinären Wissens) setzt, das durch die theoretische, methodische oder forschungsstrategische Unterbrechung etablierter Anschlussmöglichkeiten erreicht werden soll.

Allerdings stehen die Bezugnahmen auf dieses Fremdheitsmotiv, so die Argumentation in diesem Artikel, häufig im Zeichen einer zu beobachtenden Verallgemeinerung des ‚befremdenden Blicks‘ in der gegenwärtigen erziehungswissenschaftlichen Diskussion und verlassen somit den engeren Bezugsrahmen der methodologischen Selbstreflexion ethnographischer Forschung. Rückt nämlich die Befremdung des Eigenen selbst als Ziel in den Vordergrund, werden Gehalt, Form und Güte ethnographischer Wissensproduktion auch vorwiegend an ihrem Beitrag für die Irritation des eigenen (disziplinären) Wissens gemessen. Die intensive „Verstrickung“ der Feldforschungspersonen in das zu untersuchende Feld, die für Amann und Hirschauer überhaupt erst jene Form der „empirischen Prozesskontrolle“ (Amann und Hirschauer 1997: 32) ermöglicht, mit der die Ethnographie sich zu ihrem empirischen Wissen verhilft, tritt dabei in den Hintergrund.

¹² Diese Einrückungen sind Passagen aus dem jeweils besprochenen Text, die mit Seitenzahlen belegt aber sonst nicht weiter als Zitate ausgewiesen werden.

Demgegenüber wird in dem Artikel für das „Verfremden“ als ethnographischen Modus der Wissensproduktion plädiert. Mit Waldenfels lässt sich dieses Verfremden als eine Strategie begreifen, die sowohl die Datenerhebung als auch die Analyse umfasst, denn bereits durch seine Präsenz im Feld setzt der Feldforscher dort einen „Möglichkeitssinn“ (Waldenfels 1998) frei, der eine Restituierung der Ordnungen des Feldes anstößt. Zu diesen Prozessen der Neuordnung erhält die Beobachterin durch ihre Ko-Präsenz Zugang im Sinne einer sozialen, räumlichen und leiblichen Erfahrung, welche perspektivisch an ihre Positionierung als Feldforscherin gebunden sind (vgl. dazu auch Schmidt 2012a: 254). Insofern ist das Untersuchungsfeld mit Bourdieu (2004) nicht einfach nur als eine Lokalität zu verstehen, sondern vielmehr als ein

sich multiperspektivisch ordnender Zusammenhang, zu dem die Feldforscher keinen privilegierten Zugang haben, in den sie aber durch ihre lokale Ko-Präsenz eingebunden sind. [...]. Die Ordnung stellt entsprechend keinen Gegenstand dar, der einfach gegeben ist, sondern sie konstituiert sich vielmehr erst durch die Anwesenheit der Forscher selbst, und zwar als ein Beobachtungsmilieu, das selbst jene Positionalitäten vorhält, die es in je unterschiedlicher Weise erst erfahrbar machen (209).

Als Gegenpol zu dem Anstieg an videobasierten und fokussierten Feldforschungsstrategien, der derzeit in den Erziehungswissenschaften zu beobachten ist, plädiert der Beitrag entsprechend für eine ‚Rehabilitierung‘ der Teilnehmenden Beobachtung, welche die Gegenwart des Forschers als ein Moment der Hervorbringung eines Ordnungs- und Erfahrungsgeschehens begreift, das innerhalb des Feldes arrangiert und analysiert werden kann.

4.4 Die Praktiken der Forschung in den hier vorgelegten Studien II

4.4.1 Methodenpluralität zwischen ‚Methodenzwang des Feldes‘ und Reflexivität

Mit dem hier beanspruchten Konzept einer analytischen Ethnographie wird ein Verständnis von ethnographischer Forschung aufgerufen, das nicht nur die Frage stellt: ‚What the hell is going on here?‘ oder mit gezielten Fragen nur sporadisch in die lokale Praxis eintaucht (vgl. fokussierte Ethnographie). Vielmehr geht es auch darum, durch die geschickte Anordnung eines theoretisch-analytischen, methodischen und praktischen ‚Eintauchens‘ in lokale Praxis erst den Möglichkeitsraum für bestimmte Fragestellungen zu schaffen – und sich dadurch auch die Option einer Veränderung der eigenen Prämissen offen zu halten. „Methodische Kontrolle“ bezieht sich mit Nassehi und Saake (2002) dann vor allem auf die „Einsicht in die epistemologische Verschlingung von Forschung und Gegenstand“ (ebd.: 81) und die fortlaufende „Folgenabschätzung“ in Bezug auf forschungspraktische Entscheidungen. Für die Entwicklung von gegenstandsbezogenen Theorien so genannter mittlerer Reichweite (vgl. Lindemann 2008), die Zielpunkt ethnographischen Forschens darstellen, bedeutet diese Einsicht in die konstruktive Form ethnographischer Forschung entsprechend auch, dass diese gegenstandsbezogenen Theorien nicht einfach nur in der Auseinandersetzung mit der Empirie ‚emergieren‘, sondern durch den Einsatz theoretischer wie praktischer ‚Arbeitsmittel‘ systematisch forciert werden.¹³

¹³ Zu einer ausführlichen Diskussion dieses Antagonismus von ‚Emergieren‘ und ‚Forcieren‘ in den Differenzen zwischen den ‚Gründervätern‘ der Grounded Theory, Anselm Strauss und Barney Glaser, sei an dieser Stelle auf die Studie zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung der Grounded Theory bei Strübing (2004) hingewiesen.

Ethnographie als eine methodenplurale Forschungsstrategie zu verstehen, bedeutet in diesem Zusammenhang auch nicht einem ‚anything goes‘ zu frönen, sondern vielmehr, dass die Palette der angewendeten Methoden gegenüber dem Forschungsproblem und den Phänomenen der Felder selbst adäquat sein müssen. Die Gegenstandskonstruktivität der so entwickelten Methoden erfordert es aber auch, dass diese Methoden im Prozess der Anwendung selbst ständig reflektiert werden müssen. Entsprechend kann die analytische Konstruktion des Objekts „nicht von den Instrumenten der Konstruktion des Objekts und ihrer Kritik getrennt werden“ (Bourdieu und Wacquant 1996: 54; auch Kelle 2001a).

Sowohl die Teilnahme vor Ort, das Untersuchungsdesign, die methodischen Herstellungen und Umgangsweisen mit dem Material als auch die theoretischen wie analytischen Konzepte müssen dabei gleichermaßen auf ihren gegenstandskonstitutiven Charakter hin befragt und reflektiert werden. Die einzelnen methodischen Operationen, mit denen ich gearbeitet habe, werden in den vorgelegten Studien jeweils erläutert. Sie werden hier daher lediglich tabellarisch dargestellt. Im Sinne einer solchen Reflexion auf die eingesetzten ‚Arbeitsmittel‘ der Untersuchung soll zum Abschluss dieses Kapitels jedoch noch auf das Untersuchungsdesign des Forschungsprojektes eingegangen werden, in dessen Kontext die empirischen Studien erarbeitet wurden. Dieses schuf nicht nur spezifische Bedingungen für die ethnographische Exploration der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung, sondern machte auch die Entwicklung bestimmter ‚Arbeitstechniken‘ in der Konstruktion von Forschungsfeldern der Studien erforderlich.

Methoden	Materialien	Forschungsgegenstände	Auswertungsstrategien/-methoden
Teilnehmende Beobachtung	Feldnotizen, Beobachtungsprotokolle	Untersuchungspraktiken	Feinanalysen (Strauss und Corbin 1996; Weingarten, Sack und Schenkein 1976), Kodierung (Strauss und Corbin 1996) Memos (Spradley 1980; Emerson, Fretz und Shaw 1995; Spradley 1980)
	Audiomitschnitte aus Untersuchungssituationen	Sprachliche Untersuchungspraktiken	
	Informantenbefragungen mit Eltern, med. Personal, Kindern Vertretern der Gesundheitsbehörden	Hintergrundwissen und Teilnehmerkonzepte	
Ethnographische ‚Experteninterviews‘ mit med. Personal, Eltern und weiteren Experten	Audiofiles, Transkripte	Teilnehmerkonzepte und -theorien	Inhaltsanalyse (Kodierung), heuristische Anlehnung an Gesprächsanalysen (Depermann 2000)
Instrumentenanalyse	Felddokumente (Testinstrumente, diagnostische Instrumente und Vorsorgehefte)	‚Handlungspotentialität‘ und ‚Beiträge‘ der Instrumente	Analyse der Konstruktionslogik in Anlehnung an Latour (Latour 2002c, 2006) vgl. (Kelle 2007b; Bollig 2008a)
Dokumentenanalyse	Gesetztestexte, Richtlinien, Gremienprotokolle, Experteninterviews	Vorsorge-Diskurs	Inhaltsanalysen entlang von (Smith 2006)

4.4.2 Das vergleichende Untersuchungsdesign und die Strategien des ‚thick comparison‘

Das DFG-Projekt „Kinderkörper in der Praxis“ hat mit den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen zwei distinkte Formen der Entwicklungsbeobachtung in den Blick genommen. Bereits in der Konzeption des Forschungsdesigns wurde entsprechend eine vergleichende Perspektive forciert, die sich auf zweierlei Dimensionen bezog: zum einen auf die systemisch-institutionelle Verankerung und damit auf Differenzen zwischen den beiden Untersuchungsformen; zum anderen auf die Varietäten in den jeweiligen Untersuchungsformen, also zwischen den Vorsorgen und Schuleingangsuntersuchungen bei verschiedenen Ärzten. Insgesamt wurden im Verlauf von ca. drei Jahren Feldforschungen in insgesamt 18 Kinderarztpraxen über 100 Vorsorgeuntersuchungen (U3-U9) teilnehmend beobachtet, und über 130 Schuleingangsuntersuchungen in insgesamt fünf Gesundheitsämtern (vgl. dazu Kelle 2010a: 276ff.) durchgeführt. Dieser gesamte Datenkorpus aus Beobachtungsprotokollen, Felddokumenten, Interviewtranskripten und Gesprächsnotizen habe ich verwendet, wobei die von mir selbst ‚erhobenen Daten‘ in 26 Vorsorgeuntersuchungen bei insgesamt fünf Kinderärzten und über 50 Schuleingangsuntersuchungen¹⁴ bei drei Schulärzten aufgrund ihrer Erfahrungsgebundenheit und der analytischen Fokussierung im Forschungsverlauf im Vordergrund standen.

Die einzelnen Kinderarztpraxen und Gesundheitsämter wurden vor allem im Hinblick auf sozialstrukturelle Merkmale (wie Größe und sozialräumliche Einbettung, zu vermutende soziale Schichtung der Klientel, Geschlecht der Mediziner u.a.) ausgewählt, wobei hierdurch kein ‚Sample‘ im Sinne der quantitativen Forschung erzeugt wurde (vgl. zu den Problemen qualitativer ‚Samplings‘ Small 2009). Vielmehr wurde im Verlauf der Feldforschung im Sinne eines „theoretischen Samplings“ (Glaser und Strauss 1998) nach weiteren ‚Fällen‘ gesucht, die aus der Analyse des bisherigen Datenmaterials Kontrastierungen und Ausdifferenzierungen versprachen. Praktisch stellt ein solches ‚theoretisches Sampling‘ sich entsprechend als eine Kette aufeinander aufbauender Auswahlentscheidungen dar, wobei die Auswahlkriterien erst im Prozess der Forschungsarbeit selbst erarbeitet werden (vgl. Strübing 2003).

Für die hier vorgelegten Studien ist an dem so entstandenen ‚Materialkonvolut‘ vor allem interessant, dass dieser vielfältige Formen des Kontrastierens und Vergleichens ermöglicht. Mit den Begriffen ‚Vergleichen‘ und ‚Kontrastieren‘ sind dabei zwei distinkte Forschungsstrategien angesprochen, nämlich einerseits ein *analysestrategisches Kontrastieren* und andererseits ein *gegenstandsbezogenes Vergleichen*. Beide Strategien wurden in den vorgelegten Studien gleichermaßen angewandt (für das Folgende auch Bollig und Kelle 2012).

Der Terminus *Kontrastieren* bezeichnet dabei die für qualitative Forschungsarbeiten zentrale Operation des Gegenüberstellens von Daten und Analysen, um nach Gegensätzen, Unähnlichkeiten und Abweichungen zu suchen („im Kontrast dazu“). Das systematische Arrangieren von Differenzen und Gemeinsamkeiten dient dabei der sukzessiven Fortführung der Analysen, die eine Heuristik von Ähnlichem und Unähnlichem ermöglicht, um die Fortentwicklung theoretischer Kategorien am beständigen Prüfen vorläufiger ad-hoc-Hypothesen zu schärfen. Entsprechend zielt das permanente Gegenüberstellen von Daten und Konzepten, der Einsatz von befremdenden Metaphern und die Suche nach kontrastiven Fällen vor allem darauf, Anhaltspunkte für die Bestätigung, Modifikation und Ergänzung, und eventuell auch

¹⁴ Nicht alle diese Untersuchungen wurden von mir ausführlich protokolliert was aus Kapazitätsgründen gar nicht möglich gewesen wäre. Vielmehr diente diese hohe Zahl an beobachteten Untersuchungen vor allem dazu, mit den Untersuchungsfeldern und Ärzten vertraut zu werden.

für das Verwerfen bisheriger Konzepte der Theorieentwicklung zu finden. In diesem grundlegenden Verständnis von qualitativer Analyse als „constantly comparative method“ (Glaser 1965) werden, wie (Schmidt 2008) herausstellt, die durch Kontrastierung herausgearbeiteten Differenzen entsprechend auch nicht als Eigenschaften der Forschungsobjekte selbst behandelt, sondern als *Merkmale der analytischen Tätigkeit*.

Werden im Alltagsgebrauch und zum Teil auch in der Methodendiskussion innerhalb der qualitativen Forschung die Begriffe ‚Kontrastieren‘ und ‚Vergleichen‘ zumeist synonym benutzt, so wurden im Kontext der hier vorgelegten Studien unter ‚Vergleichen‘ nur jene spezifische Strategien gefasst, die darauf abzielen, mindestens zwei verschiedene ‚Fälle‘ systematisch gegenüber zu stellen um Gemeinsamkeiten und Differenzen zu identifizieren. Die Ergebnisdarstellung wird entsprechend auch über das Aufzeigen von Gemeinsamkeiten und Differenzen organisiert, denn die durch Vergleichen herausgearbeiteten Differenzen werden als *Eigenschaften der miteinander verglichenen Fälle* behandelt. Die besondere Herausforderung von solchen Vergleichen liegt dabei in der prozessualen Sicherung von Vergleichsperspektiven, sprich in der Bestimmung des *tertium comparationis*, das als gemeinsames Drittes auf der fallübergreifenden Ebene das strukturell Gleiche der Vergleichsgegenstände sichert (vgl. Nohl 2007; Matthes 1992). Dies bedeutet aber auch, dass um des Vergleichens willen, diejenigen Phänomene ausgeschlossen werden müssen, die nicht miteinander vergleichbar sind – sonst würde man ‚Äpfel mit Birnen vergleichen‘.

Für ethnographische Forschungsstrategien stellt nun gerade dieser Ausschluss von Unvergleichbarem eine kritische Schwelle dar. Denn durch den intensiven Einzelfallbezug und die prozessuale Methodologie der Ethnographie kann das *tertium comparationis* nicht einfach nur aus der Gegenüberstellung von Datenmaterial gewonnen werden, sondern muss sich an der sukzessiven analytischen Durchdringung des Feldgeschehens konturieren. Die systematische Konstruktion von Vergleichsobjekten, wie sie für fallvergleichende Studien in der qualitativen Forschung zentral sind (vgl. Nohl 2007), würden hier quasi den Stillstand der prozessualen Verknüpfung von Datenerhebung und Analyse voraussetzen, mit denen die Ethnographie versucht ‚tiefer‘ in ihre Felder einzutauchen. Vergleichende Untersuchungsstrategien in der Ethnographie stehen daher tendenziell in der Gefahr, die „dichte Beschreibung“ (Geertz 1987) des Einzelfalls zugunsten der Systematisierung von Vergleichsperspektiven zu opfern – und somit auch Unvergleichliches aus dem Blick zu verlieren (vgl. Niewöhner und Scheffer 2008).

Daher habe ich mich in meiner Arbeit an einer ethnographischen Komparatistik orientiert, die Niewöhner und Scheffer (2008) als „thick comparison“ bezeichnen. In dieser Vergleichsstrategie werden die beiden Operationen ‚vergleichen‘ und ‚kontrastieren‘ dynamisch aufeinander bezogen, was vor allem auch den strategischen Stellenwert des *tertium comparationis* verändert: Diesen kommt dann keine primär strukturbildende, sondern vor allem eine prozessgestaltende Funktion zu (vgl. Niewöhner und Scheffer 2008:281). Das bedeutet, dass sowohl Vergleichbarkeit als auch Unvergleichbarkeit produktive Ergebnisse einer ‚dichten‘, vergleichenden Ethnographie sein können. Knorr Cetina (2002) hat für diese Strategie den Begriff der „vergleichenden Optik“ geprägt, die darauf zielt, die Eigenarten eines Feldes „durch die Linse des anderen“ sichtbar zu machen. Analytisch dient dabei jedes Muster, das in einem Feld detailliert werden kann, „als Sensor für die Identifizierung und Kartierung äquivalenter, analoger oder konfligierender Muster in dem anderen“ (ebd.: 167). Dabei verweist der Begriff des Sensors hier noch einmal deutlich darauf, dass es im „thick comparison“ vor allem um das analysestrategische Moment des Kontrastierens geht.

Wie in diesem Sinne dann Vergleichsobjekte konstruiert werden können, habe ich gemeinsam mit Helga Kelle an anderer Stelle aufgezeigt (Bollig und Kelle 2012). In meiner Studie zu den Zeitpraktiken in den Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen (vgl. Bollig 2010) wurden die Operationen des Vergleichens und Kontrastierens beispielsweise in ein zyklisches Verhältnis gebracht. Zunächst habe ich dabei die jeweiligen Varianten von Praktiken der ‚Zeitbearbeitung‘ in einem Feld (unterschiedliche Vorsorgeuntersuchungen) vergleichend analysiert. Die damit beispielsweise herausgearbeitete Feldlogik des Umgangs mit den Eintragungen ins Vorsorgeheft wurde dann als feldübergreifende Kontrastierungsfolie für die Analyse der Praktiken in den Schuleingangsuntersuchungen herangezogen. Dabei habe ich sowohl danach gefragt, welche ähnlichen Praktiken ich in diesem Feld auffinden kann, als auch danach welche Praktiken dazu im Kontrast stehen, also auf Unvergleichbarkeit verweisen. Im Wechsel von ‚kontrastieren‘ und ‚vergleichen‘ konnten sodann auf einer höher aggregierten Ebene die ‚Zeitpraktiken‘ als das *tertium comparationis* bestimmt werden, das dann wiederum dazu diente, die ‚einheimischen Entwicklungsbegriffe‘ der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen als zwei distinkten Feldern herauszuarbeiten. Eine andere Operationalisierung von ‚thick comparison‘ wurde hingegen in der Studie zur Informellen Diagnostik anhand der Abfrage zum Fernsehkonsum eingesetzt (vgl. Bollig und Tervooren 2009). Hier bezog sich die Konstruktion von Vergleichsobjekten auf Praktiken, die als Gemeinsamkeiten der beiden Untersuchungsformen identifiziert werden konnten, beispielsweise das Aufrufen von Zeugen und die Aufführung des pädagogischen Generationenverhältnisses in den Untersuchungen. Entsprechend wurden die beiden Untersuchungsformen hier als ein gemeinsames Feld behandelt: das der medizinisch-präventiven Entwicklungsbeobachtung. Dieses Feld weist dabei im Vergleich der einzelnen Untersuchungsformate wiederkehrende Muster auf.

‚Dicht‘ zu vergleichen bedeutete im Kontext der hier vorgelegten ethnographischen Studien entsprechend, die vergleichende Optik nicht nur auf den (Blick-)Wechsel zwischen den Untersuchungsfeldern, sondern auch auf einen Wechsel zwischen unterschiedlichen *Feldkonstruktionen* anzuwenden. Der Gewinn einer solchen vergleichend-kontrastierenden Ethnographie liegt, wie die hier vorgelegten Studien aufzeigen, entsprechend darin, dass sie vielfältige Formen des ‚thick comparison‘ einsetzt, ohne die Eigenart der einzelnen Felder (hier: Kindervorsorge- oder Schuleingangsuntersuchungen) vorschnell dem Vergleich zu ‚opfern‘.

In diesem Sinne beziehen sich die vorgelegten Studien, mal auf Eigenheiten der Kindervorsorgeuntersuchungen (Bollig 2008a, Bollig und Ott 2008, Bollig und Kelle 2013) oder der Schuleingangsuntersuchungen (Bollig 2008b); und mal auf Praktiken, die beiden Untersuchungsformen gemeinsam sind (Bollig und Tervooren 2009, Bollig 2013) oder die ihre Differenz ausmachen (Bollig 2010).

5. Die Praktiken der Entwicklungsbeobachtung

Einordnung und Diskussion der vorgelegten Studien

Im Folgenden werden nun die einzelnen eingereichten Studien dargestellt und mit Blick auf eine analytische Dimensionalisierung der ‚Praktiken der Entwicklungsbeobachtung‘ eingeordnet und diskutiert. Zu diesem Zweck strukturieren sich die folgenden Ausführungen in vier Sektionen

5.1 Beobachterkollektive:

die ‚verteilten Praktiken‘ der Entwicklungsbeobachtung

5.2 Beobachtungsoptionen:

das ‚praktische Management der Normalität‘ in den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung

5.3 Beobachtungsprogramme:

die ‚einheimischen Entwicklungsbegriffe‘ der institutionellen Praktiken der Entwicklungsbeobachtung

5.4 Beobachtungsbühnen:

die ‚pädagogische Ordnung der Familie‘ in den präventiven Praktiken der Entwicklungsbeobachtung

Diese Unterteilung repräsentiert dabei weder distinkte Praktikenkomplexe noch trennscharf voneinander zu scheidende gegenstandstheoretische Perspektiven, vielmehr sind diese Sektionen als dimensionalisierte ‚Schneisen‘ zu verstehen, die in das Konvolut an Texten ‚geschlagen‘ werden. Diese in den einzelnen Studien durchaus miteinander verwobenen Dimensionen der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung sind somit als verschiedene ‚Einstiegsstellen‘ zu verstehen, die entlang verschiedener empirischer, gegenstandstheoretischer, methodologischer und auch methodischer Bezüge geschaffen werden.

Die erste thematische Schwerpunktsetzung bezieht sich auf die Beobachterkollektive (5.1) der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung. Die Untersuchungspraxis in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen wird in den Studien, die diesem Schwerpunkt zugeordnet sind, daher vor allem als soziomateriale *Darstellungspraxis* analysiert, in denen ‚entwicklungsdiagnostisches Material‘ im Zusammenspiel unterschiedlicher menschlicher und nicht-menschlicher Akteure *in situ* hergestellt wird. Mit Blick auf die *soziomateriellen Arrangements* der Entwicklungsdiagnostik zeigen die empirischen Analysen, entlang welcher Vermittlungen zwischen den unterschiedlichen ‚Partizipanden‘ dieser Praxis (Ärzte, Tests, Vorsorgehefte, Eltern, Programme) die Entwicklungsleistungen der Kinder und ihre präventive Beobachtung und Bearbeitung kollektiv enacted werden. Der Begriff der Beobachtungskol-

lektive ist methodologisch und methodisch entsprechend mit einer Konzeption der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung als ‚verteilte Praktiken‘ verbunden, die in einem Text auch auf das Feld der Beobachtung frühkindlicher Bildungsprozesse in Kindertageseinrichtungen übertragen wird.

Mit dem zweiten thematischen Schwerpunkt, den *Beobachtungsoptionen (5.2)*, wird das *praktische Management der Normalität* in der Früherkennungspraxis hervorgehoben. Dabei geht es in den hier gruppierten Studien zunächst um die kollektiven Darstellungspraxen, mit denen die für die Früherkennung zentrale Differenzierung zwischen normaler und nicht-normaler Entwicklung vollzogen wird. Mit dem Begriff des Managements von Normalitäten wird zudem auch auf jene Prozesse aufmerksam gemacht, mit deren Hilfe sich in den Untersuchungspraktiken ein flexibler Umgang mit Entwicklungsnormen etablieren lässt. Dabei zeigen die Studien auf, wie mit diesem insgesamt wenig alarmistischen und flexiblen Umgang mit Entwicklungsnormen das Spannungsfeld zwischen einer sowohl risikosensiblen als auch an individuellen Variabilitäten orientierten Entwicklungsdiagnostik bearbeitet wird. In den Analysen wird herausgearbeitet, wie mit diesem praktischen Management der Normalität flexible Normalitäten konstruiert werden, welche Konstrukte von Normalität sich wie durchsetzen, und welche normativen Implikationen mit einem solchen individualisierenden Umgang mit dem Konzept ‚normaler Entwicklung‘ verbunden sind.

Der dritte Schwerpunkt fokussiert die *Beobachtungsprogramme (5.3)*, die sich in den Untersuchungen realisieren. Hier wird insbesondere eine Studie dargestellt, die die mit diesen Programmen verbundenen ‚einheimischen Entwicklungsbegriffe‘ der Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen im Vergleich herausarbeitet. Ausgangspunkt der Analysen ist, dass die beiden Untersuchungen als Kerninstitutionen der medizinischen Früherkennung von Entwicklungsrisiken im Kindesalter keine frei gewählten, thematisch offenen Begegnungen zwischen Eltern, Kindern und Ärzten sind, sondern lokale Durchführungen staatlich institutionalisierter Früherkennungsprogramme. In Form von Gesetzen, Verordnungen und Objekten strukturieren diese Programme die Durchführungsroutinen vor Ort, indem sie regeln, wann und wo die kinder- und schulärztlichen Untersuchungen stattzufinden haben, wer daran teilnimmt, wer die Kosten übernimmt, worauf sich die Untersuchungen zu richten haben, welche Instrumente eingesetzt werden, etc. In Bezug auf die Praktiken der Entwicklungsbeobachtung als *Darstellungspraxen* strukturieren diese Programme den zeitlichen und sozio-materialen ‚Beobachtungsraum‘, in der Entwicklungsverläufe in je spezifische Weise ‚materialisiert‘ und virtualisiert werden. Empirisch wird mit Blick auf die ‚einheimischen Entwicklungsbegriffe‘ der Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen an dieser Stelle entsprechend herausgearbeitet, wie sich die spezifische Institutionalisierung der beiden Beobachtungspraxen, d.h. ihr Programmcharakter, sowohl diskursiv als auch material mit lokal praktizierten Entwicklungskonzepten vermittelt.

Der vierte thematische Schwerpunkt hebt die *Beobachtungsbühnen (5.4)* der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung hervor. Die diesem Schwerpunkt zugeordneten Studien zeigen auf, wie die pädagogische Ordnung der Familie als Ressource und Gegenstand der präventiven Praktiken der Entwicklungsbeobachtung in die lokale Vorsorgepraxis eingewoben ist. Hierbei spielen sowohl die gesundheitspolitische Programmierung der Untersuchung als auch die Interaktionstriade Arzt-Eltern-Kind in den Untersuchungen eine zentrale Rolle. Letztere ist dafür verantwortlich, dass sich die Eltern im Sinne eines „impression managements“ (Goffman 2009) nicht nur als Eltern in den Untersuchungen darzustellen haben, sondern gegenüber ihren Kindern auch welche *sein müssen*. In den Praktiken der Entwicklungs-

beobachtung etablieren sich entsprechend Beobachtungsbühnen, weil sie einen spezifischen Ort zur Verfügung stellen in denen sich die Erziehungsleistungen der Eltern in der Interaktion mit ihren Kindern *vor Publikum* realisieren. Dadurch entfaltet sich in den Untersuchungen ein Raum multipler Beobachtungsperspektiven, weil die „panoptische Reduktion“ (Horn 2002: 122), welche die Screenings und Tests im Sinne der Fremdbeobachtung der Kinder von außen realisieren, durch die Selbstbeobachtung und die gegenseitige Beobachtung der Akteure vervielfacht wird. Die auf diesen Beobachtungsbühnen stattfindenden ‚Erziehungsaufführungen‘ sind dabei jedoch nicht einfach als ‚planvolle Inszenierungen‘ zu verstehen. Vielmehr zeigen die Analysen, dass keiner der Beteiligten, Aufführender oder Zuschauer, die volle Verfügungsgewalt über den Verlauf der Aufführung hat. Diese sind zwar auf ein initiales Darstellungskalkül der Eltern, Kinder und Ärzte angewiesen, werden aber erst im Interaktionsverlauf den Beteiligten zu ‚Aufführungen‘. Die Analysen fokussieren entsprechend die Frage, wie sich in dem ‚Kammerspiel der Untersuchungen‘ ein Wechselspiel von Fremd- und Selbstbeobachtung entfaltet, in welchem die entwicklungsbezogenen Erziehungsleistungen der Eltern nicht nur zum Gegenstand der Beobachtung sondern auch der Bearbeitung werden. Die Beobachtungsbühnen dienen dabei auch dazu, die Verantwortung für die kindliche Entwicklung unter den Akteuren zu verteilen, wobei die Studien aufzeigen, in welchem institutionellen, gesundheitspolitischen Kontext diese Form der Verantwortungsverteilung als Rationalisierung der Präventionsarbeit verstanden werden kann.

5.1 Beobachterkollektive: die ‚verteilten Praktiken‘ der Entwicklungsbeobachtung

Text 1

Der chronologisch betrachtet älteste Text des Konvoluts präsentiert unter dem Titel „Praktiken der Instrumentierung“ methodologische und methodische Überlegungen zur ethnographischen Analyse materialer Dokumentationspraktiken in kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Der Zeitschriftenartikel wurde als freier Beitrag bei der Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation eingereicht und dort 2008 veröffentlicht.

Bollig (2008a): Praktiken der Instrumentierung. Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation (ZSE) 28(3), 301-315

Seinen Ausgangspunkt nimmt der Text von einer gesundheitspolitischen und professionsbezogenen Kritik an den Kindervorsorgeuntersuchungen, in der die beklagten mangelnden Vorsorgeleistungen vor allem auf die in den Untersuchungen eingesetzten Instrumente und Dokumente und den ärztlichen Umgang damit zurückgeführt werden. Die *Kritik an der mangelnden Instrumentierung der Vorsorgepraxis* wird im Beitrag nachgezeichnet, dann aber kulturanalytisch gewendet, um nach dem konstitutiven Beitrag der Instrumente für die soziale Praxis der Früherkennung von Entwicklungsauffälligkeiten zu fragen. Exemplarisch wird dabei die Rolle des Kindervorsorgeheftes in den Blick genommen und der Fokus auf die *Praktiken der Instrumentierung* im Umgang mit diesem Heft gelegt.

Im Zentrum des überwiegend methodisch ausgerichteten Textes steht die Frage, wie der Beitrag von Objekten in den ‚verteilten Praktiken‘ der Entwicklungsbeobachtung ethnographisch erfasst werden kann. Mit Rekurs auf das bereits in Kap. 4 skizzierte Verständnis von Ethnographie als einer kulturellen Praxis, die zwischen Präsent-Sein und Repräsentieren oszilliert, wird im Text dafür plädiert, die Frage „How can non-humans be observed?“ (Bruni 2005) sowohl hinsichtlich der Ausrichtung auf *beobachtbare* Ereignisse im Feld als auch deren begriffliche Konstitution als Beobachtungsgegenstände zu diskutieren.

Methodologisch wird diese Verhältnisbestimmung von Objekten und Praktiken zunächst entlang der Actor-Network-Theory (ANT) (vgl. Latour 1996, 2006) konzeptualisiert. Es werden vor allem zwei Konzepte hervorgehoben: das des ‚Aktanten‘ und das der ‚Vermittlung‘. Die Konzeption von ‚Aktanten‘ lässt es dabei zu, in radikal symmetrisierender Perspektive sowohl Menschen als auch Objekte und andere Entitäten als ‚Akteure‘ von Praxis zu modellieren, da sie ihr eigenes Skript in den Austausch mit anderen Aktanten einbringen, sich dabei verändern und neue Handlungsprogramme realisieren. Diese Vermittlung gilt es im Anschluss an die ANT entsprechend zu beobachten, wenn man herausarbeiten möchte, wie die Instrumente der Untersuchungspraxis auf diese selbst einwirken, dort also ihre „affordances“ (Schmidt 2012a: 68) zur Geltung bringen.

Unter Verweis auf die geringe methodische Ausarbeitung der ANT, werden im Text exemplarisch zwei konkrete empirische Operationalisierungen der ANT in objektzentrierten Studien herangezogen, um aufzuzeigen, wie diese ANT-Perspektive sowohl zu einer Analyse von ‚Praktiken mit Dingen‘ als auch der ‚Praktiken der Dinge‘ hinführen kann. Mit beiden Konzepten sind nicht nur unterschiedliche Weisen der Datenerhebung (‚Teilnehmende Beobachtung menschlicher Praktiken mit Dingen‘ versus ‚Beschatten der Dinge‘), sondern auch der Protokollierung und Analyse verbunden.

Wie mit diesen methodisch-analytischen Optionen im Kontext der eigenen Studie umzugehen ist, wird in Bezug auf das Kindervorsorgeheft (‚Gelbes Heft‘) entwickelt. Dieses ist als ‚mobile Patientenakte‘ nicht nur mit verschiedenen Objekten (Impfpass, Überweisungen, Patientenakten, etc.) relationiert, sondern zudem in sehr unterschiedliche Kontexte eingebunden (Geburtsklinken, Vorsorgepraxis, SEUen, etc.). Am Material aus einer Kindervorsorgeuntersuchung (U8) wird aufgezeigt, dass diese Kontexte jedoch nicht, wie von (vgl. Bruni 2005) vorgeschlagen, gemeinsam mit dem Heft ‚durchwandert‘ werden müssen, um die Leistung, die das Heft als *mobiles Dokumentationsinstrument* erbringt, herauszuarbeiten. Vielmehr zeigt die Analyse an den Praktiken des nicht-vorgesehenen Umgangs (‚Re-Working‘) mit dem Vorsorgeheft im Abschluss der Vorsorgeuntersuchung, dass dieses seine ‚inter-kontextuelle‘ Verweisungsstruktur in der ganz und gar lokalen Vermittlung mit den menschlichen Dokumentationspraktiken entfaltet. Entsprechend wird dafür plädiert, die ethnographische Beobachtung und Beschreibung von soziomaterialen Beobachterkollektiven auf die ‚Praktiken mit den Dingen‘ auszurichten.

Analytisch entfaltet eine solche methodische Fokussierung von ‚Praktiken mit den Dingen‘ ihr objektbezogenes Potential jedoch vor allem dann, wenn sie auf die von Kelle (2007b) vorgeschlagene Methodenkombination von einer auf die Skripte von Objekten zielenden *Instrumentenanalyse* auf der einen und der *Praxisanalyse* von Beobachtungsmaterial auf der anderen Seite rückbezogen wird. Denn anders als die teilnehmende Beobachtung, können die auf Gestalt, Konstruktionslogik und Entstehungszusammenhang verweisenden Instrumente/Dokumentenanalysen das Kindervorsorgeheft auf sein Skript hin befragen, d.h. „seinen Aufforderungscharakter, sein Potential, Vorbeikommende zu packen und sie dazu zu zwingen, Rollen in seiner Erzählung zu spielen“ (Latour 2006: 485). Mit einer kombinierten Instrumenten- und Praxisanalyse sensibilisiert sich die Ethnographin entsprechend für das Potential an eigensinnigen Beiträgen der Objekte für die ‚verteilten Praktiken‘ der Entwicklungsbeobachtung, ohne in der Analyse dieser Praktiken jedoch allen einen gleichwertigen Akteursstatus zurechnen zu müssen.

Insofern kann das beschriebene Vorgehen auch gegenüber der vielfach angebrachten Kritik an der ANT, die sich vor allem auf die Symmetrisierung aller Entitäten und das intentionalis-

tische Handlungsmodell bezieht, (vgl. Vandenberghe 2002; Hirschauer 2004; Kneer, Schroer und Schüttpelz 2008; Schmidt 2012a; Neumann 2012b) indifferent bleiben (siehe auch die eigene Auseinandersetzung damit in Bollig, Kelle und Seehaus 2012). Dies liegt daran, dass deren begriffliches Vokabular hier nicht sozialtheoretisch, sondern *methodisch* aufgegriffen wird, um das „interplay between practices and objects, between interactivity and interobjectivity“ (Kalthoff und Röhl 2011) in einer forschungsstrategisch gestaffelten Bezugnahme auf die ‚Skripte‘ einerseits und den Beitrag, den Objekte in ihrem ‚Praktiziertwerden‘ leisten andererseits zu erschließen. Die Praktiken, auf die sich in dieser Schwerpunktsetzung auf *Beobachterkollektive* bezogen wird, verbleiben also trotz der Fokussierung auf Objekte *Praktiken von Menschen*. Denn nur an deren ‚bodily sayings and doings‘ wird die Organisiertheit dieser Praktiken zugänglich („accountable“), d.h. sie werden als „dieses und jenes soziale Geschehen“ (Schmidt 2012a: 69) identifizierbar.

Die vorgestellte Analyse einer Szene aus einer Vorsorgeuntersuchung U8 ist, jenseits der methodischen Überlegungen, aber auch mit Blick auf die Frage interessant, entlang welcher ‚Vermittlungen‘ die Entwicklungsleistungen der Kinder *und* ihre präventive Beobachtung und Bearbeitung kollektiv ‚enaktiert‘ werden. In der ausgewählten Interaktionssequenz bespricht der Arzt mit der Mutter am Ende der U8 knapp, warum er im U-Heft zwar angekreuzt hat, dass es keine auffälligen Befunde gibt, aber dennoch bei „Sonstiges“ den Begriff „Feinmotorik“ dokumentiert hat. Dabei wird deutlich, wie das U-Heft die präventive Arbeit der Vorsorgeuntersuchungen mediatisiert. Denn gerade in diesem ‚Re-Working‘ des Vorsorgeheftes zeigt sich, wie es in die Differenzierung von ärztlichen Behandlungsaufgaben und den Beobachtungs- und Förderaufgaben von Eltern eingebunden ist, und dabei in seiner Materialität dazu beiträgt, die ‚Eltern‘ in dieser Markierung von geteilter Verantwortung auch zu deren Einhaltung zu ‚erziehen‘. Insofern ist das U-Heft nicht nur ein zentrales Element der ‚Beobachterkollektive‘ innerhalb der Untersuchungen, sondern trägt in seiner Interkontextualität auch dazu bei, diese auch über die Untersuchungssituationen hinaus aufrecht zu erhalten (vgl. auch Bollig und Ott 2008).

Text 2

Mit dieser soziomaterialen Dimension der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung beschäftigt sich auch die Studie „Geburt revisited – Darstellungen von Geburt in Schuleingangsuntersuchungen“, die 2008 in einem Herausgeberband von Christoph Wulf, Anja Hänisch und Micha Brumlik erschienen ist. Auch hier richtet sich der Blick auf die Beiträge, die die unterschiedlichen „Partizipanden“ (Hirschauer 2004) der kindermedizinischen Praxis für die Praktiken der Entwicklungsbeobachtung erbringen, und wie sie deren soziale Dynamik beeinflussen. Konkretisiert wird diese Fragestellung in Bezug auf die Differenz und Bezogenheit verschiedener *Darstellungsformen zur Geburt* in dieser medizinischen Untersuchungspraxis. Empirischer Bezugspunkt sind solche Sequenzen der Schuleingangsuntersuchungen, in denen sich die Schulärzte über die Geburt des Kindes informieren, sei es in Gesprächen mit den Eltern, oder in der Durchsicht unterschiedlicher Dokumente, in denen Informationen zur Geburt ‚gespeichert‘ sind.

Bollig (2008b): Geburt revisited – Darstellungen von Geburt in Schuleingangsuntersuchungen. In Wulf, Hänisch und Brumlik (Hrsg.), S. 270-282

Ein zentrales Objekt dieser Geburtsdarstellungen ist auch hier das Kindervorsorgeheft. Anders als in Text 1, beschäftigt sich diese Studie jedoch nicht mit der „*Inter-Kontextualität*“ (Bollig 2008a) des Gelben Heftes. Vielmehr wird eine andere Art und Weise wie *Beobach-*

tungskollektive ‚praktizieren‘ in den Vordergrund gerückt. Und zwar, wie sich das Vorsorgeheft mit anderen Dokumenten, Instrumenten, Gesprächen und Interaktionen in der Untersuchungssituation praktisch relationiert, oder anders formuliert: es geht um spezifische Formen seiner *Inter-Aktivität*.¹

Die in diesem Beitrag präsentierten Analysen beziehen sich dabei auf Datenmaterial aus der Teilnehmenden Beobachtung von *Schuleingangsuntersuchungen (SEU)* und fokussieren die Situationen in den Untersuchungen, in denen die Entwicklungsgeschichte des Kindes anamnestisch rekonstruiert wird. Diese Anamnese wird in den verschiedenen Gesundheitsämtern unterschiedlich gehandhabt, wobei in dieser Studie eine Variante hervorgehoben wird, nämlich die detaillierte Anamnese zur Geburt der vorgestellten Kinder, die eine der beobachteten Schulärztinnen mit ganz besonderer Akribie betreibt. Ihren materialen Rückhalt finden diese schon fast detektivisch anmutenden Praktiken des Vergleichens der unterschiedlichen ‚Daten‘ zur Geburt der zu untersuchenden 5-6jährigen Kinder in dem Umstand, dass zu keinem anderen Ereignis in der Entwicklungsgeschichte des Kindes so vielfältige Daten und Darstellungsformate vorliegen. Diese Heterogenität an ‚Geburts-Darstellungen‘ führt zu einer besonderen Verdichtung von geburtsbezogenen Angaben, aus welcher in den dargelegten Analysen eine spezifische soziale Dynamik der anamnestischen Situation resultiert.

Welche jeweiligen ‚Leistungen‘ und Relationierungen mit den einzelnen Darstellungsformen zur Geburt verbunden sind, wird entlang der medizinischen Dokumentation im Vorsorgeheft (274ff.), dem Elternfragebogen als medizinisch codierte Abfrage der Eltern, der damit verbundenen Anamnesedokumentation in der Patientenakte (276ff.) und der (modifizierten) Geburtserzählung (278ff.) aufgefächert.

Analytisch wird dabei hervorgehoben,

wie sich innerhalb der anamnestischen Rekonstruktion von Geburt vielfältige schriftliche und narrative Darstellungsformen und -inhalte miteinander vermitteln, gegenseitige Problematisierungs- und Validierungsressourcen eröffnen und spezifische Anforderungsstrukturen in der Arzt-Eltern-Interaktion herausbilden, die sich vor allem auch als Gelegenheit und Problem der Passung von medizinischen wie familial-lebensweltlichen Darstellungen zeigen. [...] Geburt wird entsprechend vielfältig zur Darstellung gebracht – als persönliche z.T. krisenhafte Erfahrung, familienbiographische Passage, professionell betreuter medizinischer Vorgang und klinischer Index – was spezifische Anforderungen an deren Vermittlung in der Arzt-Eltern-Interaktion richtet. (280f.)²

Dass die analysierten Praktiken des ‚kommentierenden Lesens‘, ‚Vergleichens‘, ‚Aufspürens von Widersprüchen‘ nur bei dieser einen Schulärztin in diesem Umfang und in dieser Form zu beobachten waren, bedeutet allerdings nicht, dass diese Praktiken lediglich als Ausnahme oder ‚individueller Einzelfall‘ zu behandeln sind. Forschungsstrategisch gesprochen dienen die Analysen individueller Routinisierungen zur internen Kontrastierung des Datenmaterials, und sind daher auch geeignet, um das institutionelle Möglichkeitsspektrum aufzuzeigen, in welchem sie sich als lokal realisierte „Funktionen, im Sinne sich bewährender Lösungen“ (Saake 2003) für feldspezifische Probleme identifizieren lassen. Die hier zu Tage tretende feldspezifische Problematik liegt dabei in den Erfordernissen des ‚Informationsmanage-

¹ Mit diesem Fokus auf die Inter-Aktivität der Darstellungsformate werden wiederum Anschlusspunkte an die in Text 1 referierten Analysen von Bruni (2005) zu der ‚Community of objects‘ in medizinischen Praxen gestiftet.

² Diese Einrückungen sind Passagen aus dem jeweils besprochenen Text, die mit Seitenzahlen belegt aber sonst nicht weiter als Zitate ausgewiesen werden.

ments', das die Schul- und Kinderärzte, aber auch die Eltern in den Untersuchungen zu erbringen haben, um die Praktiken der Entwicklungsbeobachtung als eine *spezifische Darstellungspraxis* am Laufen zu halten. Um zu einem relevanten Datum zu werden, müssen Informationen nicht nur in situ zur Darstellung gebracht, sondern auch innerhalb und über den Untersuchungskontext hinaus stabilisiert werden (vgl. auch Bollig 2008a, 2010).

Mit Blick auf die interne Diversifizierung der *Beobachterkollektive*, die sich in den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung zusammenschließen, verweisen solche Analysen von (zumindest für das eigene Datensample) wenig ‚repräsentativen‘ Praktiken in praxistheoretischer Perspektive aber auch darauf, dass in den ‚verteilten Praktiken‘ der Entwicklungsbeobachtung Personen andere Leistungen erbringen als Dokumente und Instrumente, nämlich „die Mobilisierung von jeweils gefragtem Wissen und die Entwicklung von angemessenen Motiven und Emotionen“ (Hirschauer 2004). Dabei lässt sich gerade an der Kontrastierung von unterschiedlichen Interessen, die die verschiedenen Ärzte des Samples verfolgen der ‚range‘ an angemessenen Verhaltensweisen im dem spezifischen Feld aufzeigen.

Personen ‚steigen‘ jedoch nicht nur in eigener Weise in die Praktiken, an denen sie partizipieren ein (beispielsweise durch individuelle Ziele und Routinisierungen), sie werden in diesen Praktiken auch in unterschiedlicher Weise als Individuen sichtbar. Die Analysen zu den ‚Darstellungen von Geburt‘ in den Schuleingangsuntersuchungen zeigen auch auf, wie es in der Dynamik dieser Praktiken zu Positionierungen der einzelnen Personen kommt. Gegenüber dem in der Interaktionsforschung nach wie vor dominanten Konzept von asymmetrischen ‚Rollen‘ in der medizinischen Interaktion erlaubt das Konzept der ‚Positionierung‘, wie Reh und Labede (2009) im Rekurs auf Schatzki betonen, eine stärkere „Verflüssigung“ (ebd. 162): Baut das Rollenkonzept auf einer komplementären, statischen und einem Konsens der Beteiligten aufbauenden Differenzierung von Personen zugeschriebenen Verhaltenskomplexen auf, so sind ‚Positionen‘ im praxistheoretischen Sinne soziomateriale ‚Standpunkte‘, die an konkrete Praktiken gebunden sind, und durch welche die Personen, die in Praktikenensembles miteinander agieren, je ‚lokal‘ positioniert werden, bzw. sich selbst positionieren.³

Wie die an den Darstellungen von Geburt beteiligten Akteure in den Schuleingangsuntersuchungen positioniert werden, wird insbesondere daran sichtbar, wie die Eltern in der anamnestischen Rekonstruktion der Geburtsgeschichte als Personen mit individuellen Ressourcen ‚beobachtbar‘ werden. Entsprechend werden an diesen Analysen auch die spannungsreichen Positionierungen deutlich, die die Eltern in den Beobachterkollektiven der Entwicklungsbeobachtung einnehmen. Zum einen sind die Eltern *Informanten* – mit Saake (2003) gesprochen: „der Kopf des Patientenkörpers“. Sie sollen gleichermaßen über die Entwicklungsgeschichte ihrer Kinder Auskunft geben, wie auch zu den aktuellen Lebensbedingungen und den weiteren Formen der professionellen Entwicklungsbeobachtung (beispielweise in der KiTa). Im Netz der Beobachterkollektive werden sie in dieser Informantenrolle durch die involvierten Objekte nicht nur ‚autorisiert‘, sondern auch spezifisch ‚problematisiert‘. Als Informanten sind zum anderen aber auch ‚*Quasi-Assistenten*‘ der Ärzte, da sie für die Aufgaben- und Zeitökonomie der Untersuchungen Verantwortung übernehmen (müssen). Dazu gehört auch, die von ihnen eingebrachten Informationen als valide darzustellen (vgl. dazu

³Diese Frage nach den Positionierungen verbindet die praxistheoretische mit subjektivierungs- oder gouvernementalitätstheoretischen Fragestellungen, da auch dort die Prozesse der Subjektivierung über die Positionierung der Akteure in diskursiven Praktiken erschlossen wird (expl. Tervooren 2006; Nadesan 2010; Ott 2011; Balzer und Bergner 2012). Mit Blick auf die Frage nach der Handlungsmächtigkeit von menschlichen Akteuren, sind solche soziomateriale Analysen von Positionierungen aber auch Gegenstand einer Empirie und Theorie ‚relationaler Agency‘ (vgl. Raitelhuber 2012).

auch Bollig und Tervooren 2009). Wie die Eltern diese situativen Anforderungen erfüllen oder nicht, macht sie dann aber auch selbst zum *Untersuchungsgegenstand*, weil die Ärzte über diese Performanz der Eltern in den Untersuchungen nicht nur Wissen über deren Interaktionskompetenzen und Compliance, sondern auch über ihre Sorge- und Erziehungskompetenzen generieren. Die Eltern haben in den Beobachterkollektiven der Untersuchung entsprechend eine ähnlich doppelbödige Rolle wie die Kinder: sie sind Teil des Beobachtungskollektivs aber auch dessen Gegenstand.

Mit Bezug auf die Beobachterkollektive der entwicklungsdiagnostischen Praktiken zeigen die hier vorgestellten Texte entsprechend das relationale Verhältnis zwischen Praktiken und ihren materialen Arrangements (Schatzki 2002) auf, in denen sich nicht nur Objekte und Praktiken, sondern auch Objekte und Personen wechselseitig so konstituieren, dass die soziale Ordnung der entwicklungsdiagnostischen Praxis *in situ* hergestellt wird. Sie grenzt sich insofern von den Forschungsarbeiten ab, die asymmetrische Rollenbeziehungen in medizinischen oder pädagogischen Zusammenhängen fokussieren (vgl. Kap 3.2), indem sie nicht die unterschiedlichen Wissensbestände oder institutionellen Machtpositionen der beteiligten Akteure heranzieht, um ungleiche Handlungsmöglichkeiten zu erklären, sondern das sozio-materiale Positionierungsgeschehen selbst in den Blick rückt.⁴

Text 6

Der unter dem Titel „Notizen machen, Bögen ausfüllen, Geschichten schreiben“ publizierte Text 6 stellt eine Ausnahme gegenüber den anderen Beiträgen des Konvoluts dar, da er sich nicht auf die Praktiken der Entwicklungsbeobachtung im medizinischen Kontext bezieht, sondern auf die Beobachtung von Kindern im frühpädagogischen Kontext. Auf einer programmatisch-methodologischen Ebene wird dabei das in den anderen Studien erarbeitete Modell der ‚verteilten Praktiken‘ der Entwicklungsbeobachtung auf die Beobachtungs- und Dokumentationspraktiken in Kindertageseinrichtungen übertragen und kontextspezifisch ausdifferenziert. Der Beitrag ist 2011 in einem Herausgeberband von Peter Cloos und Marc Schulz zur Bildungsbegleitung in Kindertageseinrichtungen erschienen.

Bollig (2011): Notizen machen, Bögen ausfüllen, Geschichten schreiben. In: Cloos, P. und Schulz, M. (Hrsg.), S. 33-48

In Absetzung von der in der frühpädagogischen Debatte vorherrschenden bildungs- und professionalisierungstheoretischen Konzeption von Beobachtung als einer sozio-mentalenen Tätigkeit von lernenden Beobachtungssubjekten wird im Rekurs auf Honig (2010) dafür plädiert, „einen nicht-pädagogischen Blick“ (ebd.: 98) auf die Beobachtungspraxis in Kindertageseinrichtungen zu werfen, um überhaupt erst analytisch herausarbeiten zu können, „wie der Gegenstand der Pädagogik durch Beobachtung als pädagogischer indiziert wird, wie also die Wissenspraktiken beschaffen sind, in denen Pädagogisches entsteht“ (ebd.: 99). Honig entfaltet jedoch keine konkrete Methodologisierung einer solchen Perspektive auf die empirische Beobachtungspraxis im Elementarbereich. Dies leistet der hier vorgestellte Text, indem analytische und methodologische Perspektiven auf die sozio-materiale Dimension des

⁴In Bezug auf die ungleiche Verteilung solcher Beteiligungsmöglichkeiten an der diagnostischen Praxis werden in der Erforschung pädiatrischer Konsultationen zunehmend auch die Kinder als doppelt marginalisierte Patienten entdeckt, da deren Beteiligungsmöglichkeiten in den Untersuchungen sowohl über die Laien/Professionellen-Asymmetrie, wie auch die Erwachsenen/Kinder-Asymmetrie eingeschränkt sei (vgl. Aronson und Rundström 1988; Tannen und Wallat 1983; van Dulman 2004; Nova, Vegni und Moja 2005; Tates und Meeuwesen 2001, Cahill und Papageorgiou 2006).

Beobachtens ausgeführt und an empirischen Gegenständen plausibilisiert werden. Die dafür in Anschlag gebrachte Konzeption von ‚verteilten Praktiken der Beobachtung‘ wird dabei zunächst entlang von Reckwitz’ (2003) Systematisierung von drei Grundannahmen praxistheoretischer Sozialtheorien entfaltet: der ‚informellen und impliziten Logik der Praxis‘; der ‚Materialität sozialer Praktiken‘ und der ‚Spannung zwischen Routinisierung und Unberechenbarkeit‘.

Was eine solche praxisanalytische Konzeption von Beobachterkollektiven für die Aufschlüsselung der frühpädagogischen Beobachtungspraxen zu leisten vermag, wird anschließend in Bezug auf drei Dimensionen der Materialität von Beobachtungen aufgezeigt. Die analytischen Perspektiven werden dabei in Bezug auf die Spezifität von den im Elementarbereich weit verbreiteten *prozessorientierten Beobachtungen und Dokumentationen kindlicher Bildungsprozesse* entfaltet, wobei hier im Vergleich zu den medizinischen Praktiken der Entwicklungsbeobachtung insbesondere das Schreiben, d.h. die Produktion von Beobachtungstexten als zentrale Tätigkeit in den Fokus rückt.

In der ersten analytischen Sektion „Schreiben, Lesen und Vorlesen“ werden diese analytischen Zugänge zur Materialität des Beobachtens mit Blick auf die ‚schriftkulturelle Konstitution des Beobachtens‘ hervorgehoben. Es wird aufgezeigt, wie durch das schriftliche Festhalten des Beobachteten eine raum-zeitliche Entkoppelung von Mitteilung und Verstehen (vgl. Luhmann 1997) möglich wird, die nicht nur die beobachtende Identifikation von Bildungsprozessen verändert, sondern auch die weiteren Praktiken der kommunikativen Stabilisierung und ‚Wiederaufführung‘ der Beobachtungssituationen selbst. Dies wird an einer beispielhaften Analyse ausgeführt, die ich gemeinsam mit Marc Schulz an anderer Stelle publiziert habe (vgl. Bollig und Schulz 2012).

In der zweiten analytischen Sektion "Dokumentieren" wird ‚die eigenständige ‚Sozialität‘ der Beobachtungsobjekte‘ mit Blick auf die zeitliche, soziale und sachliche Signatur von textuellen Dokumentationen von Beobachtungen herausgearbeitet. Analytische Perspektiven werden hier vor allem in Bezug auf die meist vielfältigen Dokumente plausibilisiert, die in der frühpädagogischen Praxis erzeugt werden, um die gemachten Beobachtungen zu dokumentieren und in eine pädagogische Handlungsplanung zu übersetzen. Die aufgezeigten Bezugspunkte einer materialen Analyse dieser Praktiken können dabei unter anderem beleuchten können, wie im Prozess der Erstellung und weiteren Bearbeitung dieser unterschiedlichen Dokumentationen Beobachtungen mit ‚dokumentarischem Wert‘ enaktiert werden.

Die dritte analytische Sektion "Instrumentieren: Beobachtungsprogramme und ihre Grenzobjekte" wiederum betrachtet das schriftliche Dokumentieren von beobachteten Situationen in den Kindertageseinrichtungen mit Blick auf die dort häufig eingesetzten Beobachtungsformulare. Diese werden als Grenzobjekte konzipiert, an denen verschiedene Interessen miteinander vermittelt werden und die Beobachtungspraxis auf drei Ebenen ‚technisieren‘: auf der Ebene ihrer Entwicklung als Normierung, auf der Ebene der Organisation als Standardisierung und auf der Ebene der Praktiken als Routinisierung. Hier wird entsprechend dafür plädiert, empirisch die Praktiken der Instrumentierung in den Blick zu nehmen, in welche die Formulare ‚involviert‘ sind, in denen sich deren Skript jedoch mit anderen Skripten und lokalen Anforderungen vermittelt. Mit Blick auf die vielfältigen Umarbeitungen von auf dem Markt erhältlichen oder selbstständig erzeugten Formularen, die in der frühpädagogischen Praxis aufzufinden sind, wird dabei eine Forschungsperspektive plausibilisiert, die diese als feldspezifisches ‚Re-Working‘ zu analysieren vermag. Eine Analyse dieser „Praktiken der Instrumentierung“ (Bollig 2008a) ermöglicht, die Feldlogiken der frühpädagogischen Praxis

herauszuarbeiten, beispielsweise mit Blick auf die dilemmatische Aufgabenstruktur, die mit der Beobachtung ‚kompetenter Kinder‘ und der Frühförderfunktion der Kindertageseinrichtungen verknüpft ist.

Da sich an den ‚verteilten Praktiken der Entwicklungsbeobachtung‘ in Kindertageseinrichtungen mit einer solchen Methodologie also auch das Zusammenspiel von institutionellem Kontext und konkreten Praktiken aufzeigen lässt, finden die hier vorgeschlagenen analytischen Perspektiven ihre Anschlusspunkte insbesondere in neueren feldtheoretischen (vgl. Honig 2010; Neumann 2013) und ordnungstheoretischen (vgl. Fritzsche, Idel und Rabenstein 2011; Meseth 2011; Bollig und Neumann 2011; Wrana 2013) Forschungsarbeiten in der Erziehungswissenschaft. Diese zielen darauf, den Vollzug von Praktiken in pädagogischen Feldern als Prozesse der Ordnungsbildung zu rekonstruieren, die es den Akteuren wiederum erlauben, diese Ordnungsbildungen als pädagogische zu verstehen (vgl. Bollig und Neumann 2011). Entlang dieses relationalen Verständnisses von Praktiken und Ordnungen (vgl. Kap 3.3) fragen sie danach, wie diese praktischen Ordnungsbildungen mit dem institutionellen und diskursiven Kontext in Verbindung stehen, diesen reproduzieren, transformieren oder unterlaufen. Hier nehmen Praxistheorien zwar eine prominente Rolle ein, wobei jedoch nicht immer auch die materialen Arrangements berücksichtigt werden, mit denen diese Praktiken verknüpft sind (bspw. Kolbe et al. 2009; Thole et al. 2011; Schulz und Cloos 2011).

Vor dem Hintergrund, dass von den Beobachtungsverfahren in Kindertageseinrichtungen vor allem auch Professionalisierungseffekte erwartet werden (vgl. Leu 2006; Viernickel 2011), können die hier vorgeschlagenen Analysestrategien aber auch professionstheoretische Fragestellungen ergänzen, die sich mit der Frage auseinandersetzen, wie Pädagogen ihre Klientel wahrnehmen und deuten (expl. Thole und Küster-Schapfl 1997; Ader 2006). Diese Forschungsarbeiten rücken methodisch zumeist das ‚wahrnehmende und deutende Subjekt‘ in den Vordergrund, wenn auch mit Blick auf die kollektive, habituelle und diskursive Strukturierung von Wahrnehmungsfeldern, die sich an den individuellen Wahrnehmungs- und Deutungsmustern der Professionellen ablesen lassen (expl. Schmidt 2012b, vgl. auch Kap 3).⁵ Demgegenüber wird hier eine Methodologie plausibilisiert, welche die professions- und wissenssoziologische Frage, wer was weiß, „durch die konstitutionstheoretische Frage [ersetzt], wie etwas überhaupt gewusst wird“ (Hirschauer 2008: 978). Das professionelle Wissen der Akteure wird darüber als ein Element von Praktiken beschreibbar, dass in diesen konstituiert, reproduziert und transformiert – und auch beobachtbar wird (vgl. in ähnlicher Stoßrichtung auch Kuhn 2013; Cloos 2013). Professionalisierungseffekte wären somit als Effekte einer Praxis erkennbar, die sich selbst bewirkt – und somit nicht nur die Beobachtungsgegenstände, sondern auch die menschlichen Beobachter im Vollzug in spezifischer Weise konstituiert. Professionalisierungseffekte würden damit als dynamische Restrukturierung

⁵So rekonstruiert beispielsweise Schmidt (2012b) die „implizite Logik des pädagogischen Blicks“ von professionellen Akteuren im Bereich der Sozialen Arbeit. Den pädagogischen Blick versteht sie dabei als einen habitualisierten Wahrnehmungsmodus, der sich aus den Logikelementen ‚professionelles Selbstverständnis‘, ‚Wissen‘ und ‚Wahrnehmungsfokus‘ zusammensetzt, und der somit als Komplex mimetischer, diskursiver und habituellem Praxis zu begreifen ist (vgl. ebd.: 21). Allerdings werden die Ergebnisse durch die gewählte Forschungsmethode der Gruppendiskussionen begrenzt, da diese keinen Zugang zu Beobachtungs- und Wahrnehmungspraxen selbst gewähren; vielmehr werden die Gesprächspraktiken der Akteure als *Ausdruck* des ‚pädagogischen Blicks‘ rekonstruiert. Wie dieser sich jedoch generiert, wie Sprechen und Tun sich dabei vermitteln, wie dies mit dem institutionellen Kontext und den alltäglichen Praktiken in Zusammenhang steht, das heißt, welche praktische Relevanz diese Logiken des ‚pädagogischen Blicks‘ entfalten, kann darüber nicht direkt beleuchtet werden (vgl. ebd.: 291-93), auch wenn Schmidt diese Logik der Praxis über das sozialtheoretische Konzept des konjunktiven Erfahrungsraums (vgl. Bohnsack, Nentwig-Gesemann und Nohl 2007), in den sprachlichen Praktiken der Akteure in den Gruppendiskussionen ‚einzufangen‘ sucht.

rung von ‚Beobachterkollektiven‘ in den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung selbst analysierbar.

5.2 Beobachtungsoptionen: das ‚praktische Management der Normalität‘ in den präventiven Praktiken der Entwicklungsbeobachtung

Text 3

An die Konzeption von ‚Beobachterkollektiven‘ in den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung schließt auch die Studie „Entwicklung auf dem Prüfstand“ an, erweitert diese jedoch um die für die Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen zentrale Frage nach der ‚Normalität‘ von Entwicklungsprozessen. Der Text ist 2008 in einem Sammelband von Helga Kelle und Anja Tervooren zu „Ganz normalen Kindern“ erschienen und gemeinsam mit Marion Ott verfasst worden.⁶

Bollig und Ott (2008): Entwicklung auf dem Prüfstand: Zur praktischen Management von Normalität in Kindervorsorgeuntersuchungen. In Kelle und Tervooren (Hrsg.), S. 207-224

Die Studie fokussiert die verschiedenen Praktiken, mit denen in den Untersuchungen Entwicklungs-Normalitäten sichtbar gemacht und ausgehandelt werden. Konzeptionell rückt dabei die Ubiquität der Kategorie des ‚Normalen‘ in den Vordergrund, die mit Link als Kollektivsymbol von „Interdiskursen“ (Link 1999, 2006) bestimmt werden kann. Interdiskurse sind dabei jene Diskurse, mit deren Hilfe Begriffe aus Spezialdiskursen (bspw. Normalität in der klinischen Entwicklungspsychologie) im Sinne eines entspezifizierenden und vereinfachenden Gebrauchs in Alltagsdiskurse (bspw. Gespräche unter Eltern) hineinspielen. Da sowohl Eltern, Ärzte und Kinder entsprechend mit dem Konzept der ‚normalen Entwicklung‘ ‚arbeiten‘, jedoch jeweils etwas anderes unter ‚Normalität‘ und ‚normaler Entwicklung‘ verstehen bzw. diese Normalitäten anders zur Darstellung bringen, rückt der Text entsprechend hervor, wie dieses Darstellen und Vermitteln von Normalitäten praktisch geschieht.

Das Bezugsproblem des in diesem Text hervorgehobenen *praktischen Managements der Normalität* liegt in der Untersuchungspraxis jedoch nicht nur in der Perspektivendifferenz der beteiligten Personen. Vielmehr stellen sich besondere Herausforderungen an den Umgang mit Entwicklungsnormen im Spannungsfeld der gleichermaßen *individuellen wie früh-erkennenden* Beobachtung kindlicher Entwicklungsverläufe. Denn einerseits ist die Früherkennung auf statistisch konstruierte Entwicklungsnormen (und -normalitäten) angewiesen, um die Abweichungen sichtbar zu machen, mit denen es erst möglich wird, zwischen Kindern mit oder ohne „Anzeichen“ (Hafen 2005a: 338) für mögliche Entwicklungsgefährdungen zu unterscheiden. Andererseits steht mit Blick auf die dynamischen und individuell-variablen Prozesse der Entwicklung von Kindern (vgl. Michaelis 2004; Reuner und Pietz 2006), sodann aber auch die Frage im Raum, ob diese Anzeichen auf manifeste Gefährdungen verweisen, oder ‚nur‘ auf variable Verläufe. In der Bearbeitung dieser Problematik kommen, wie die Analysen zeigen, auch differente Konstruktionen von Normalität ins Spiel. Entsprechend zeigt diese Studie auf, wie verschiedenartige Normalitäten durch unterschiedliche sachliche,

⁶ Dr. Marion Ott war zum Zeitpunkt der Erarbeitung und Publikation dieses Textes ebenfalls wissenschaftliche Mitarbeiterin im DFG-Projekt „Kinderkörper in der Praxis“. Die hier entwickelten Analysen sind in einer intensiven Zusammenarbeit gemeinsam erstellt worden, wodurch sich meine individuellen Teile schlecht abgrenzen lassen. Als individueller Beitrag kann jedoch die analytische Perspektive auf Zeitpraktiken gelten, die in diesem Text vorbereitet und in Bollig 2010 weiter ausgearbeitet wurde. Der Text wurde von Marion Ott selbst nicht als Teil einer Qualifikationsarbeit verwendet.

zeitliche, soziale und materiale Formationen hervorgebracht werden, die in unterschiedliche Funktionen und Bearbeitungsmodi innerhalb der Vorsorgeuntersuchung eingebettet sind.

Die differente Materialisierung von *Auffälligkeiten und Normalitäten* wird entlang von zwei Vignetten aus einer Kindervorsorgeuntersuchung U8 aufgezeigt, in denen es thematisch zum einen um die Größenentwicklung eines untersuchten Jungen geht, zum anderen um seine undeutliche Aussprache. Die unterschiedlichen Weisen Maßstäbe für Normalität herzustellen und relevant werden zu lassen, werden dabei sowohl in Bezug auf a) die Differenz von lebensweltlichen und medizinischen Darstellungsressourcen, b) die Unterscheidung von impliziten Normalitätswissen und expliziten Normalitätszuschreibungen als auch c) entlang der Differenz von status- und prozessbezogenen Normalitätskonstrukten aufgezeigt.

Um die Differenzen zwischen diesen Formen und Dimensionen des Normalen in den Untersuchungen aufzuzeigen, wird als ‚analytisches Arbeitsmittel‘ die sinntheoretische Unterscheidung zwischen sachlicher, zeitlicher und sozialer Dimensionen von Sinn bei Luhmann (1984) aufgegriffen und um die Dimension ‚material‘ ergänzt. Dadurch wird eine Vergleichsstruktur geschaffen, die die zwei Sequenzen (drohendes Abfallen der normalen Größenentwicklung und undeutliches Aussprechen des Konsonanten ‚R‘) mit Blick auf die differenten Prozesse und Effekte unterscheidbar macht, und zugleich aufzeigen kann, wie diese sich *als Vorsorgepraktiken* konstituieren. In sachlicher Hinsicht geht es dabei um die Frage, wie in den soziomaterialen Praktiken der Vorsorge Entwicklungsphänomene als normale/nicht-normale Entwicklungsprozesse beurteilbar werden; in der zeitlichen Dimension geht es um die Frage, wie Vergangenheit und Zukunft von Entwicklungsphänomenen in Bezug auf die Konstruktion von Prozess-Normalitäten vermittelt werden; die soziale Vergleichsdimension rückt hingegen die Prozesse in den Vordergrund, in denen zwischen den verschiedenen Teilnehmern der Untersuchungen differenziert und Zuständigkeiten verteilt werden. Die diesem Schema hinzugefügte Dimension des ‚Materialen‘ zielt auf die Artefakte und Objekte, die in diesen Praktiken der Konstruktion von Normalität je spezifische Aufgaben übernehmen.

So zeigen die im Text vorgestellten Analysen beispielsweise auf, dass die in den Gelben Vorsorgeheften zur Verfügung gestellten Somatogramme (Wachstumstabellen) nicht nur in sachlicher Hinsicht eigenständige Leistungen erbringen, indem sie das Merkmal Körpergröße in eine graphische Form übersetzen, die den Vergleich mit der Normierungsgruppe ermöglicht – erst dadurch wird die Aussage, ob ein Kind vergleichsweise klein oder groß ist möglich. Mittels der durch unterschiedliche Messzeitpunkte entstandenen Verlaufsform wird das aktuelle Messdatum dabei auch zeitlich verortet und in eine Darstellung normaler oder abweichender Wachstumsprozesse transformiert. In sozialer Hinsicht grenzt das Somatogramm mittels seiner „Bildtechnik“ (Hess 2002: 176) sowohl den medizinischen Repräsentationsraum von alltäglichen Erfahrungsräumen und -ressourcen ab, trägt jedoch auch dazu bei, dass die so hervorgebrachte Perspektivendifferenz zwischen Ärzten und Eltern wiederum aufgehoben wird. Denn das Somatogramm wirkt in Konstellation mit den behandlungsbezogenen Erklärungen des Arztes auch daran mit, den diskursiven Prozess des Aushandelns über die ‚richtige Art und Weise Normalität zu konstruieren‘ abzukürzen, indem es die Arzt-Eltern-Interaktion im Sinne einer gemeinsamen Praxis des Beobachtens mediatisiert.⁷

⁷Mit Blick auf diese perspektivensymmetrisierende Leistung des Somatogramms wird es in Bollig, Kelle und Seehaus (2012) als „Erziehungsobjekt“ klassifiziert, weil es die Eltern mit eigenständigen Beobachtungsaufgaben in die Zuarbeit zur medizinischen Konstruktion und Überprüfung normaler Entwicklung ‚einübt‘. Kelle (2007b) arbeitet zudem die emblematische Qualität der Darstellungsarbeit des Somatogramms für den Gesamtbefund der Untersuchungen heraus, und weist den Somatogrammen darüber eine kompensatori-

Neben dieser Frage der Konstruktion von Normalitäten in den Beobachterkollektiven der Vorsorgeuntersuchungen machen die vorgestellten Analysen mit dem Begriff des *praktischen Managements der Normalität* zudem auf einen weiteren zentralen Aspekt in der Vorsorgepraxis aufmerksam: nämlich ‚das in der Schwebe halten‘ von expliziten Normalitäts- bzw. Nicht-Normalitätszuschreibungen. Die hier aufgezeigte Strategie eines wenig interventionistischen Umgangs mit Auffälligkeiten zeigt sich dabei jedoch nicht als ein passives Nichts-Tun, sondern als „Arbeit an der Grenze“, die den Beteiligten je spezifische Aufgaben zuweist.

Text 8

Die Studie mit dem Titel „Individuelle Entwicklung als familiales Projekt“ differenziert die Formen und Praktiken des ‚praktischen Managements der Normalität‘ und der ‚Arbeit an der Grenze‘ weiter aus, diesmal jedoch mit Analysen, die sich auf Material aus den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen beziehen. Der Artikel ist 2013 in einem Herausgeberband von Helga Kelle und Johanna Mierendorff zur „Normierung und Normalisierung der Kindheit“ erschienen.

Bollig (2013): ‚Individuelle Entwicklung‘ als familiales Projekt. Zur Normativität von Normalisierungspraktiken in kindermedizinischen Vorsorgeuntersuchungen. In Kelle und Mierendorff (Hrsg.), S. 99-118

Fokussiert werden in dieser Studie kommunikative *Normalisierungspraktiken*, womit die in beiden Untersuchungsformen häufig anzutreffenden Praktiken bezeichnet werden, in denen einzelne Leistungen/Verhaltensweisen der Kinder oder aber der gesamte Entwicklungsprozess zwar als ‚auffällig‘ problematisiert, gleichzeitig aber als ‚auch normal‘ kommuniziert werden. In Rekurs auf normalisierungstheoretische Perspektiven arbeitet die Studie am praktischen Einsatz von Teilnehmerkategorien zur ‚Normalität‘ von Entwicklungsphänomenen heraus,

wie in solchen Normalisierungspraktiken ‚Normalitäten‘ eingeführt werden, in welcher Weise es zur situativen Aushandlung von Normalitätsgrenzen kommt, und welche normativen Erwartungen gegenüber Eltern durch diese Praktiken etabliert werden (100).

Anknüpfend an die normalisierungstheoretischen Arbeiten von Link (2006; 2008) und Waldschmidt (1998; Waldschmidt 2004) geht es entsprechend um die praktische *Interferenz von Normalität und Normativität* in den Praktiken der professionellen Entwicklungsbeobachtung. Empirisch schließt die Studie dabei an medizinsoziologische Arbeiten an, die anhand der praktischen Durchführung von medizinischen Screenings und der damit verbundenen Kommunikation von Ergebnissen herausarbeiten, dass „understandings of norms, and normal range, are constantly created and recreated in the actual moment-by-moment interaction in ways that are not related simply to objective findings“ (Olin-Lauritzen und Sachs 2001: 513). Die für diesen Bereich nach wie vor zentrale Studie von Olin-Lauritzen und Sachs wird dabei jedoch in zweierlei Weise ergänzt und weitergeführt. Während die genannten Autorinnen die interaktive Modifikation von entwicklungsbezogenen Normwerten zur Absicherung von deren lebensweltlichen Verstehbarkeit und Legitimation im „subtle downplaying of results“ (ebd.: 513) fokussieren, zeigt meine Studie, erstens, auf, *welche Normalitäten und Normal-*

sche Funktion für den Ablauf der Kinderuntersuchungen zu, weil „sie die Eltern in der diffusen Sorge um ihre Kinder, die durch die ‚stressige‘ Untersuchungssituation aktualisiert wird, zu beruhigen vermögen. Im Gegensatz zur These von Berg (1996), dass Patientenakten, sofern sie Wissen sammeln und distribuieren, „action at a distance“ zu organisieren vermögen, weist Kelle entsprechend darauf hin, dass die Somatogramme ein reibungsloses „action on the spot“ ermöglichen.

felder in solchen Praktiken der Entdramatisierung von auffälligen Befunden überhaupt erst hergestellt werden. Diese Erweiterung der Perspektive erlaubt es jene Praktiken der Differenzierung, Ausweitung und Parzellierung von Normalitäten in den Blick zu nehmen, die nicht aus der Anwendung von Tests, sondern in Bezug auf andere standardisierte oder eher informelle Untersuchungsschritte resultieren.⁸ Dies ist auch deshalb wichtig, weil die deutschen Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen „Breitband-Screenings“ (Kelle und Ott 2009) sind, bei denen es zu einer Vielzahl an Befundrückmeldungen kommt, die nicht nur auf unterschiedlichen ‚Datenbasen‘ gründen, sondern wie die Analysen zeigen, auch auf unterschiedlichen ‚Bauweisen‘ von Normalfeldern und Normalitäten.

Zum zweiten erweitert die Studie den bis dato vorliegenden Forschungsstand zu Normalitätskonstrukten in der entwicklungsdiagnostischen Praxis, indem sie nicht nur die Frage der praktischen Interferenz von Normalität und Normativität in Früherkennungsuntersuchungen explizit aufgreift, sondern auch die für diese Check-ups bei Kindern zentrale generationale Differenzierung der Untersuchungsteilnehmer (wie auch des Untersuchungsgegenstandes) miteinbezieht. Anhand der Praktiken des normalisierenden Umgangs mit auffälligen Befunden wird analysiert, dass dieser wenig normierende und alarmierende Umgang mit der individuellen Varianz von kindlichen Entwicklungsschritten nicht in proportionaler Weise zu einer Abschwächung der normativen Erwartungen an Eltern und ihre entwicklungsförderlichen Aufgaben führt. Die Studie zeigt vielmehr das Gegenteil auf, nämlich, dass mit der Normalisierung von Entwicklungsunterschieden zwischen Kindern eine durchaus hohe, wenngleich spezifische Normativität in Bezug auf ‚gute Elternschaft‘ einhergeht.

Die präventivausgerichtete medizinische Entwicklungsbeobachtung von Kindern realisiert in solchen Normalisierungspraktiken nämlich nicht nur ihre Orientierung an der Individualität kindlicher Entwicklungsprozesse, sondern macht diese als medizinisch supervidierte individuelle Entwicklung für Eltern vor allem im Bereich ‚normaler‘ Abweichungen sichtbar. Individuelle Entwicklung wird so als eine permanent von Denormalisierung bedrohter Prozess sichtbar –, und somit zu einem familialen Projekt, das stetiger Beobachtung, Bearbeitung und Optimierung bedarf. (118)

Wie dies geschieht, wird anhand von drei Unterkategorien von Normalisierungspraktiken am empirischen Datenmaterial dargestellt. Als erstes werden die Praktiken des *Normalisierens als Platzierens* von Test- und Untersuchungsergebnissen in gegebenen Normalitätsfeldern herausgearbeitet. Diese analytische Kategorie bezieht sich auf die Praktiken, in denen die Ärzte oder Praxishilfen den Eltern und Kindern die exakte individuelle Positionierung der Untersuchungsbefunde oder Testergebnisse mitteilen (bspw. „5 von 6 Punkten erreicht“) und diese mit dem Zusatz, dass dies ‚total‘, ‚noch‘ oder ‚auch normal‘ sei im Rahmen der gegebenen Normalfelder platzieren. Diese Kommunikation von Abweichung und Normalitätszuschreibung führt zur *Prekarisierung des Normalen*, da tendenziell unklar wird, welche Orientierungsfunktion dieser Ausweis des ‚Normalen‘ hat. Normierend wirkt diese Praxis entsprechend, weil sie eine implizite Norm zur Orientierung am Optimum etabliert.

Die zweite herausgearbeitete Normalisierungspraktik vollzieht hingegen eine *Ausweitung gegebener Normalitätsgrenzen*, indem andere Vergleichsgruppen, bspw. die Familie des Kindes, herangezogen werden, um Untersuchungsergebnisse für ‚auch normal‘ zu erklären. Der normative Effekt dieser Konstruktion von *parallelen Normalitäten* liegt darin, dass die

⁸ Olin-Lauritzen und Sachs (2001) beziehen sich vor allem auf die Besprechung der Ergebnisse des Messens und Wiegens, welche in den sogenannten Somatogrammen (Wachstumstabellen) abgetragen werden, was zu einer detaillierten Einordnung der Befunde nach vorgegebenen Normwerten führt.

Gewährleistung solcher Normalisierungen an die elterliche Anerkennung von ‚eentlichen‘ und ‚individuellen‘ Normalitäten gebunden wird, wie sich besonders gut an interaktiv ‚wieder zurückgezogenen‘ Normalitätszuschreibungen zeigen lässt. Entsprechend wird in diesen Normalisierungspraktiken die Erwartung an die Eltern konturiert, dass diese die richtige individuelle Förderung ihrer Kinder aus der Spannung zwischen diesen parallelen Normalitäten profilieren.

Die dritte Normalisierungspraktik in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen unterscheidet sich von den beiden anderen dadurch, dass sich hier die Normalisierung von ‚Auffälligkeiten‘ dadurch vollzieht, dass zwischen Behandel- und Optimierbarem differenziert wird; es also zu einer Konstruktion *partieller Normalitäten* kommt. Diese Parzellierung von Normalitätsfeldern zeigt sich besonders häufig in der Kommunikation über Entwicklungsphänomene deren Qualität als ‚Anzeichen‘ schwer einzuschätzen sind, beispielsweise wenn es um Auffälligkeiten im Bereich der Aufmerksamkeit oder Konzentrationsfähigkeit der Kinder geht. Entsprechend ausgeprägt gestaltet sich in diesen Normalisierungen das Wechselspiel zwischen der Kommunikation von Auffälligkeiten und dem Ausweis einer normalen Entwicklung des Kindes. Erwartungen an die Leistungen, die Eltern für eine optimale Entwicklung der Kinder zu erbringen haben, ergeben sich in diesen Normalisierungspraktiken gerade aus der Grenzziehung zwischen einer ‚eentlich normalen‘ aber in den auf Optimierung angewiesenen Teilbereichen doch auch auffälligen Entwicklung, wodurch nicht nur eine klare Trennung zwischen ärztlich-therapeutischen und familiären Aufgaben möglich wird, sondern auch die moralische Adressierung der Eltern. Denn diese legitimiert sich daraus, dass diese ihr ‚an und für sich normal entwickeltes Kind‘ in bestimmten Bereichen nur sub-optimal fördern, und dadurch das Risiko erzeugen, dass die normale Entwicklung insgesamt gefährdet wird.

Entsprechend zeigt der Beitrag auf, dass normierende Erwartungen an Eltern nicht einfach nur aus der direkten Zuweisung von Aufgaben in Bezug auf Entwicklungsauffälligkeiten entstehen, sondern auch aus ihrem scheinbaren Gegenteil: nämlich dem Ausweis, dass die beobachtenden Auffälligkeiten auch ‚normal‘ sind.

5.3 Beobachtungsprogramme: Die ‚einheimischen Entwicklungsbegriffe‘ der institutionellen Praktiken der Entwicklungsbeobachtung

Text 5

Auch der Text „Die Zeiten der Entwicklung(sdiagnostik)“ fragt nach den Möglichkeiten eines flexibilisierenden Umgangs mit Entwicklungsnormen in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen und rückt dazu eine weitere Dimension der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung in den Vordergrund: den institutionellen Beobachtungsraum, der sich durch die spezifische Organisation, Funktionsbestimmung und materiale Ausstattung der beiden Untersuchungen herstellt. Die ist die umfangreichste Studie innerhalb des Konvoluts und ist 2010 in dem von Helga Kelle herausgegebenen Abschlussband zum DFG-Projekt „Kinderkörper in der Praxis“ erschienen.

Bollig (2010): Die Zeiten der Entwicklung(sdiagnostik). In Kelle, H. (Hrsg.): Kinder unter Beobachtung. Budrich, S. 95-132

Anhand von Interview- und Beobachtungsdaten wird dabei herausgearbeitet, wie und in welcher Weise „Entwicklung“ als *zeitliches Phänomen* in den Vorsorge- und Schuleingangs-

untersuchungen zur Darstellung gebracht wird. Die Praktiken der Entwicklungsbeobachtung werden dabei als zeitlich verortete wie auch ‚Zeiten‘ hervorbringende kulturelle Praxis beschrieben, in welcher die Relation von praktizierten Zeitordnungen und beobachteten ‚Entwicklungsverläufen‘ in verschiedenen Dimensionen, auf unterschiedlichen Ebenen und mittels diverser Zeitpraktiken etabliert und bearbeitet wird. Bezugnehmend auf die praktische Problemstellung, dass die in der individuellen Entwicklungsdiagnostik im Vordergrund stehenden individuellen Entwicklungsverläufe in der Untersuchungspraxis selbst nicht ‚beobachtet‘ werden können, zeigt die Studie entsprechend auf, dass zur Darstellung dieser Entwicklungsverläufe die materiale Zeit- und Prozessdimension der Beobachtungsprogramme selbst die zentrale Darstellungsressource liefert.

Gegenstandstheoretisch schließt die Studie dabei zum einen an medizinsoziologische Arbeiten zum „body multiple“ (Mol 2002) und dem „hybriden Kinderkörper“ (Prout 2000,2003) an, die selbst ihren Ausgangspunkt von den sogenannten „Labor-Studien“ innerhalb der Soziologie wissenschaftlichen Wissens nehmen (bspw. Latour und Woolgar 1979; Knorr-Cetina 2002). Die herangezogenen ethnographischen Studien zu so unterschiedlichen Körperphänomenen wie Arteriosklerose (vgl. Mol 2002) oder Transsexualität (vgl. Hirschauer 1993) sind für die Frage nach der Darstellung von Entwicklungsverläufen vor allem deshalb relevant, weil sie aufzeigen, *dass* und *wie* diese Körperphänomene in den komplexen und heterogenen Praktiken ihrer Beobachtung und Bearbeitung hervorgebracht, aber auch sehr unterschiedlich ‚materialisiert‘ werden. Dabei zeigt insbesondere die Studie von Mol (2002) zum „body multiple“ auf, dass die Leistung, dieser unterschiedlichen Materialisierungen für die medizinische Praxis darin liegt, komplexe Relationen zwischen den diversen Abteilungen und ‚sites‘ der Krankenhauspraxis zu stiften. Medizinische Untersuchungspraxen bringen insofern ein Objekt hervor „that do not so much cohere as assemble“ (ebd.: 150)⁹. Wie produktiv diese Perspektive auf den beobachteten Entwicklungskörper von Kindern als einem ‚body multiple‘ ist, zeigen die in dem Text dargelegten Analysen mit Blick auf die verschiedenen Realitäten auf, in die die Beobachtungstatsache ‚Entwicklung‘ in ihrer praktischen Darstellung zerfällt: als Kreuze in Grafiken, Befunde in Heften, Patienten in Praxisabläufen, Kompetenzen in Testprofilen, diverse Alter in verschiedenen zeitlichen Kontinuen, und so fort.

Die Studie setzt sich von den genannten Arbeiten jedoch insofern ab, als sie nicht wie diese die *räumliche und professionelle Diversifizierung* des ‚body multiple‘ in den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung in den Vordergrund rückt. Vielmehr wird hier eine Dimension fokussiert, die bisher auch in den praxisanalytischen Studien zum „hybriden Kinder-Körper“ (Prout 2003) kaum beachtet wurde, wohingegen sie für die Rekonstruktion von entwicklungsbezogenen diagnostischen Praktiken unerlässlich ist: die der *Heterogenität von Zeitbezügen* innerhalb entwicklungsbezogener Beobachtungspraktiken, die individuelle Entwicklungsverläufe als Beobachtungstatsache vor allem als ein zeitlich multiples Wissensobjekt ‚real werden lassen‘.

Entsprechend erweitert die vorgelegte Studie die genannten Zugänge zur lokalen und multiplen Produktion von Körperphänomenen um *zeittheoretische* Analysezugänge, welche ihren Ausgangspunkt von der Annahme koexistierender und pluraler Temporalitäten neh-

⁹In ähnlicher Stoßrichtung hat Place (2000) untersucht, wie ein „technomorpher“ Kinderkörper in pädiatrischen Intensivstationen erzeugt wird, indem seine verschiedenen Manifestierungen als „Daten-Kind“ und „Kinder-Daten“ permanent aufeinander bezogen werden (vgl. zu den deutschen Übersetzungen Prout 2003).

men, die in Diskursen, lokal gebundenen Interaktionen, Narrationen und soziomaterialen Praktiken sozial hergestellt werden (vgl. Giddens 1997; Hannken-Illjes 2007; Moreira 2007).

Für das Themenfeld kindlicher ‚Entwicklung‘ liegen einige wenige zeittheoretische Studien vor, beispielsweise rekonstruiert Kontopodis (2007b) Entwicklung als ein „semiotic-material ordering“, das im Kontext von „temporal devices of control“ in Organisationen (hier einer Schule) vollzogen wird. Da sich in den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen jedoch sehr komplexe und unterschiedliche Zeitbezüge herauskristallisierten, die sich nicht nur auf Entwicklung in ‚the long run‘, wie bei Kontopodis (2007a), sondern auch auf unterschiedliche Weisender temporalen Darstellung von Entwicklungsphänomenen beziehen, wurden die Analysen zusätzlich um zeittheoretische Analyseinstrumentarien aus der Organisationsforschung ergänzt. Die Pluralität organisationsinterner Zeiten wird in den dazu herangezogenen Arbeiten sowohl auf der Ebene von diversen Zeitordnungen analysiert, die im Organisationshandeln hervortreten, also auch in der Differenz von implizit enaktierten und explizit aktivierten Zeitbezügen (vgl. Forray und Woodilla 2002). In Bezug auf White (1998) wird in der Studie dabei vor allem zwischen „material times“ und „invoked times“ unterschieden. Erstere bezeichnen die zeitlichen Artefakte organisationaler Praktiken, welche – gleichwohl sozial konstruiert – den Beteiligten material und strukturierend entgegentreten (bspw. die vorgegebenen Zeitpunkte für die U1-U9). Unter aktivierten Zeiten („invoked times“) sind hingegen die „temporal activities“ (1998) zu verstehen, in denen diese Zeitordnungen gezielt bearbeitet werden um Entscheidungshandeln zu ermöglichen. Diese analytische Differenzierungsfolie liegt beiden Analysen zu Zeitpraktiken zu Grunde, die in dem Text präsentiert werden.

In einem ersten Schritt fokussiert die Studie die praktizierten Zeitordnungen, mit deren Hilfe Entwicklungsphänomene in der Untersuchungspraxis sichtbar werden, beispielsweise als ‚schnelle‘ und ‚langsame‘ Kinder, oder als ‚dauerhafte‘ oder ‚situative‘ Verhaltensweisen. In den präsentierten Analysen wird herausgearbeitet, dass die zeitbezogene Aufgabe der Entwicklungsdiagnostik – „eine Person anhand beobachtbarer Verhaltensweisen auf einem zeitbezogenen Kontinuum zu lokalisieren“ (Ettrich 2000) – in den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung entlang *vielfältiger Kontinuen und Objektender Lokalisierung* bearbeitet wird. Die übergreifenden Analysen zu den Vorsorgen und Schuleingangsuntersuchungen fächern drei Formen solcher diagnostischen Lokalisierungen auf:

- In einem zeitlichen Kontinuum von verlangsamten und beschleunigten Praxisroutinen werden *Patienten/Untersuchungskinder* platziert;
- in einem Kontinuum von Ereignishaftigkeit und Dauerhaftigkeit werden *Befunde* einsortiert;
- und in dem Kontinuum von Entwicklungsalter und Lebensalter werden einzelne *Kompetenzen* separat lokalisiert und zu zeitlichen Entwicklungsmustern gruppiert (vgl. 109).

Dass die Darstellungsressourcen in ihrer Variabilität und Verfügbarkeit jedoch nicht nur an lokale zeitliche Formationen (beispielsweise die Strukturierung der Untersuchungsabläufe, die Arbeitsteilung unter den Professionellen und die eingesetzten Tests) gebunden sind, sondern auch an die zeitliche Organisation des Untersuchungsprogramms selbst, wird im Vergleich zwischen Vorsorgen und Schuleingangsuntersuchungen deutlich. Die differenten ‚einheimischen Entwicklungsbegriffe‘ der beiden Untersuchungen werden, wie die Analysen zeigen, auch durch die differenten *Beobachtungszeiträume* enaktiert, die als „Re-

präsentationsraum“ (Rheinberger 1997) für die Entwicklungsverläufe der Kinder dienen – und die im Sinne von ‚invoked times‘ so bearbeitet werden, dass eine an individuellen Maßstäben orientierte präventive Entwicklungsdiagnostik möglich wird.

So baut die *Zeitstruktur des Vorsorgeprogramms* auf einer starren Parallelisierung von ‚Alter – Vorsorge (U1 bis U9) – Entwicklungsfortschritt‘ auf, in der *Entwicklungsverläufe* durch die Reihung von Beobachtungszeitpunkten als eine Historie von Stationen des Beobachtens repräsentiert werden, zu dem der Entwicklungsstand des Kindes in einem Passungs- oder Nichtpassungsverhältnis steht. Diese ‚materiale‘ Zeitstruktur wird über diverse Praktiken im Umgang mit Eintragungen ins U-Heft flexibilisiert (bspw. Umstiege vom Vorsorgeprogramm ins Behandlungsprogramm, Terminierungspraktiken), um individuelle Variabilitäten in den Entwicklungsverläufen berücksichtigen zu können.

Die *Zeitstruktur der Schuleingangsuntersuchungen* hingegen setzt einen externen zeitlichen Referenzpunkt: den in zwei bis elf Monaten anstehenden Schuleintritt. Anders als in den Vorsorgen entfaltet sich in den Schuleingangsuntersuchungen insofern kein interner prozessualer Vergangenheits-/Zukunftsbezug, vielmehr ‚blicken‘ die Schuleingangsuntersuchungen – als gegenwärtige Vergangenheit der zukünftigen Einschulung – von der Zukunft der Einschulung auf den heutigen Entwicklungsstand der Kinder zurück. Entsprechend ist es auch dieser zeitlich gegliederte Beobachtungsraum zwischen SEU und Einschulung, der mit Terminierungs- und Virtualisierungspraktiken bearbeitet wird, um individualisierende Beurteilungen der kindlichen Entwicklung zu erarbeiten, – wenngleich auch mit anderen ‚Methoden‘ als in den Vorsorgen. Zeigt sich nämlich die Praxis der Kindervorsorgeuntersuchungen auf der Ebene der Zeiten des Untersuchungsprogramms dadurch bestimmt, dass die im Vorsorgeprogramm vorgesehene Synchronisierung von chronologischem Alter – Vorsorge – Entwicklung flexibilisiert wird, so wird diese ‚Aufweichung‘ der normierenden Struktur des Untersuchungsprogramms in den Schuleingangsuntersuchungen gerade durch die engere, wenn auch virtualisierte, Koppelung von Entwicklungszeit und Programmzeit erreicht.

Diese Studie zu den „Zeiten der Entwicklung(sdiagnostik)“ erbringt über die Analyse der Beobachtungsprogramme hinaus weitere Erträge für eine Ausdifferenzierung der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung: Zum einen zeigt sie mit Blick auf die *Beobachterkollektive* auf, wie sich in der Praxis *Programmstrukturen* (beispielsweise die gesetzlich festgelegten Zeitpunkte der Untersuchungen), Objekte (hier das Vorsorgeheft und das in den SEUen eingesetzte Screening) und die ‚bodily sayings and doings‘ der beteiligten Personen miteinander vermitteln, um bestimmte Zeiten der Beobachtung hervorzubringen, die dann wiederum die Zeitlichkeit von Entwicklungsprozessen in spezifischer Weise zur Darstellung bringen. In diesem Sinne entfaltet sich das *Beobachtungsprogramm* der beiden Untersuchungsformen in diesem Zusammenspiel von überlokalen Strukturierungen und lokaler Praxis.

Zum anderen zeigt die Studie mit Blick auf das *praktische Management der Normalität* das Zeitproblem der individuell ausgerichteten präventiven Entwicklungsdiagnostiken auf, die darauf angewiesen ist, *Entwicklungsverläufe* zur Darstellung und Beobachtung zu bringen. Die analysierten Zeitpraktiken sorgen dabei sowohl dafür, dass in den Untersuchungsrouinen Entwicklungsphänomene als Verläufe repräsentiert werden, als auch dafür, dass sie als normal/nicht-normal *sichtbar* werden. Gleichzeitig wird die in den Programmen eingeschriebene zeitliche Normierung aber auch mithilfe von Zeitpraktiken flexibilisiert, d.h. eigenständige Beobachtungszeiträume geschaffen, in denen die in Frage stehenden Entwicklungsleistungen der Kinder eine eigenständige Form der Temporalisierung erfahren.

Analytisch lässt sich mit einem solchen Blick auf die Verwobenheit der Praktiken der Entwicklungsdiagnostik mit ihrem Gegenstand das Verhältnis von Ursache und Wirkung umdrehen: Medizinische Beobachtungen der Entwicklungsprozesse von Kindern folgen nicht der Eigenzeitlichkeit der körperlichen, kognitiven und sozialen Entwicklung des Kindes (oder verfehlen sie), vielmehr bringen die entwicklungsdiagnostischen Praktiken diese Eigenzeitlichkeit erst als soziale Tatsache hervor. (96-97)

5.4 Beobachtungsbühnen: die pädagogische Ordnung der Familie in den präventiven Praktiken der Entwicklungsbeobachtung

Text 9

Auch die im Journal of Early Childhood Research (ecr) publizierte Studie „The implicit construction of children at risk“ greift die Frage nach den Beobachtungsprogrammen auf, fragt jedoch vor allem danach, wie sich diese auf die Interaktionsdynamik in Untersuchungen auswirkt. Die Bearbeitung der pädagogischen Ordnung der Familie in den Untersuchungen (*Beobachtungsbühnen*) wird dabei in den Kontext der präventiven Programmatik der Untersuchungen gestellt (*Beobachtungsprogramme*). Der Artikel, der gemeinsam mit Helga Kelle verfasst wurde, ist im Juni 2013 als Online-First-Publikation veröffentlicht worden und wird zudem in Heft 2/2014 der Printausgabe der *ecr* erscheinen.¹⁰

Bollig und Kelle (2013): The implicit construction of children at risk. On the dynamics of practice and programme in preventive paediatric check-ups in early childhood. Journal of Early Childhood Research (ecr). Online-First

Die Studie expliziert das Verhältnis der Praxis der Kindervorsorgeuntersuchungen zu deren Programmatik und Institutionalisierung im Gesundheitssystem vor dem Hintergrund der international zu beobachtenden Reformbemühungen im Feld der „well-child care“ (Shor 2004), die durch einen Shift von sekundär- hin zu primärpräventiven Funktionen der Vorsorge gekennzeichnet ist.¹¹ Dieser Shift ist ebenso im deutschen System zu beobachten, bricht sich jedoch an der Spezifik des deutschen Vorsorgesystems, das sich durch eine starke Arzt- und Krankheitszentrierung auszeichnet. Durch die Anbindung der Kindervorsorgeuntersuchungen an das gesetzliche Krankenkassensystem sind diese explizit an die Funktion der Früherkennung von definierten Zielkrankheiten (Sekundärprävention) gebunden (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA 2011).

Mit Blick auf das gesundheitspolitische Spannungsverhältnis zwischen Primär- und Sekundärprävention arbeitet die Studie heraus, wie sich der im Kontext dieser Entwicklungen vollzogene gesellschaftliche Bedeutungswandel der Vorsorgeuntersuchungen auf die praktische Konstruktion des Gegenstandsbereiches der Vorsorgen auswirkt. In Anlehnung an diskurs- und systemtheoretische Perspektiven zur gesellschaftlichen Herstellung von ‚Risiken‘ durch

¹⁰ Prof. Dr. Helga Kelle (jetzt Universität Bielefeld) war die Leiterin des Forschungsprojektes *Kinderkörper in der Praxis* an der Universität Frankfurt. Als Erstautorin des Textes wurden von mir die beiden empirischen Analysen und die Einbettung in den internationalen Kontext federführend erarbeitet.

¹¹ Diese These des Shifts nimmt Bezug auf die Unterscheidung von Strategien der Vorsorge in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention und Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Primärprävention umfasst dabei grob vereinfacht, die Maßnahmen die darauf zielen, dass gesunde Menschen in Bezug auf bekannte allgemeine Risiken gesund bleiben, wohingegen sich die Sekundärprävention auf die vorklinische Phase von Krankheiten bezieht. Sie zielt entsprechend darauf, dass konkret gefährdete Menschen so früh wie möglich identifiziert werden um ein Erkranken zu verhindern oder ihre Gesundheit möglichst schnell wieder herzustellen (siehe für die initiale Unterscheidung dieser Präventionsstrategien Caplan 1964, vgl. in kritischer Perspektive Hafen 2005a, Stroß 2006).

präventive Strategien wird aufgezeigt, welche impliziten Risikokonstruktionen in die Praktiken der Entwicklungsbeobachtung eingewoben sind.

In präventionssoziologischer Perspektive wird dazu eine systemtheoretische Gegenstandsmodellierung präventiver Praktiken nach Hafen (2005b) und Fuchs (2008) herangezogen, die in zweifacher Weise als „sensibilisierendes Konzept“ (Strauss 1994) dient: Zum einen rückt mit der systemtheoretischen Konzeption von Prävention als "Einheit der Unterscheidung *Gefahr/Risiko*" die Frage in den Vordergrund, *wie* und mit Bezug auf *welche* (Früh-)Behandlungstechnologien im deutschen Kindervorsorgesystem welche Gefahren in *welche* Risiken transformiert werden um den präventiven Eingriff möglich und plausibel zu machen. Zum anderen macht die systemtheoretische Konzeption mit der Unterscheidung *Behandlung/Prävention* auf Systemgrenzen der *medizinischen* Beobachtungspraxis aufmerksam. Anders als die Behandlung zielt die Prävention ja auf eine grundlegende Exklusion von Fällen aus dem Medizinsystem, wodurch diese ‚Fälle‘ dann aber auch nicht mehr mit den systemimmanenten medizinischen Behandlungsformen zu erreichen sind. Hier zeigt sich nun, welche praktischen Effekte die Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundärprävention erbringt. Denn anders als die Früherkennung erzwingt die Primärprävention nicht die Unterscheidung zwischen Fällen und Nicht-Fällen (Personen mit Anzeichen und ohne), sondern einen Registerwechsel hin zu pädagogischen Praktiken der Beratung und Erziehung (vgl. Vogd 2005). Insofern sensibilisiert die Differenz Prävention/Behandlung für die Frage, *wie* und an welcher Stelle diese Wechsel zwischen medizinischen (diagnostisch/kurativen) und pädagogischen (Beratung/Informierung/ ‚Erziehung‘) Registern vollzogen wird, und wie sich dies auf die Darstellung ‚riskanter Entwicklungsprozesse‘ in den Untersuchungen und deren soziale Dynamik auswirkt.

Methodisch wird dieser Frage nach dem Zusammenhang von Präventionspraxis und Risikokonstruktionen entlang einer Kontrastierung von Dokumenten des gesetzlich-administrativen Reformprozesses der Kindervorsorgeuntersuchungen und Beobachtungen des praktischen Vollzugs der Untersuchungen nachgegangen. Diese methodische Kombination von Dokumenten- und Praktikenanalyse zielt an dieser Stelle jedoch anders als in dem zuerst dargestellten Text (Bollig 2008a) nicht darauf, mit der Dokumentenanalyse für die Beiträge, die diese in den Untersuchungen leisten zu sensibilisieren. Vielmehr werden mit Bezug auf Smith (2005) Konzept der „institutional ethnography“ die Dokumente des Reformprozesses als Texte verstanden, die zwischen offiziellen Wissensformen/Diskursen und lokaler Praxis vermitteln. Solche Vermittlungen können ganz konkret dadurch vollzogen werden, dass die in Texten präsentierten sprachlichen Konstrukte als Begriffe und Argumentationsfiguren in die sprachlichen Routinen der Praxis ‚einsickern‘ (bspw. Tummons 2010). Die Frage nach den Vermittlungen zwischen der Praxis der politisch-gesetzlichen Konstituierung der Vorsorgepraxis und der Durchführungspraxis kann forschungsstrategisch aber auch so eingesetzt werden, dass die Dokumente daraufhin befragt werden, welche Auskünfte sie über die eigenständig diskursiv-politische Seite der Beobachtungspraxis geben, um im Sinne einer kontrastierenden Analyse den Blick für die Eigensinnigkeiten der Beobachtungspraxis in den Untersuchungen selbst zu schärfen.

Eine solche Analyse administrativer Dokumente macht neben den differenten Gegenstandskonstruktionen, die durch den Einsatz verschiedener Analysemethoden zunächst erzeugt werden (vgl. Kelle 2001a; Breuer 2005) dann auf die *unterschiedlichen Problemstellungen* aufmerksam, die mit dem oben genannten shift in den Präventionsmaßnahmen in der frühen Kindheit in den unterschiedlichen ‚sites‘ nationaler Vorsorgesysteme verbunden sind.

In Bezug auf das primäre Ziel, die Analyse lokaler Praktiken, stiftet eine solche Gegenüberstellung von Dokumenten- und Praxisanalyse entsprechend weitere Bezugspunkte einer „vergleichenden Optik“ (Knorr-Cetina 2002 vgl. Kap. 4).

Die beiden empirischen Teile der Studie arbeiten diese Differenz von Bezugsproblemen in der stärker primärpräventiven Ausrichtung der Kindervorsorgeuntersuchungen zunächst auf der Ebene des Überarbeitungsprozesses des Vorsorgeprogramms durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GbA) heraus. Dabei wird aufgezeigt, wie sich in der Revision des Gelben Vorsorgeheftes und den Begründungstexten zur Einführung der neuen U7, verschiedene Motiv- und Argumentationsfiguren überlagern. Zum einen zielen die Ausführungen in diesen Dokumenten darauf, den Objektbereich der Vorsorge aus der engen Bindung an "Zielkrankheiten" zu lösen, indem diffuse Kategorien wie "mehrdeutige Symptome", "vielfältige Umweltfaktoren" herangezogen werden, um weitere Beobachtungsmaßnahmen zu legitimieren. Auf der anderen Seite korrespondiert mit dieser Entgrenzung der Risikobereiche, auf welche sich die Vorsorgen beziehen sollen, aber auch eine spezifische Begrenzung der präventiven Aufgaben, wenn es um konkrete (Früh-)Behandlungsmöglichkeiten geht. Als Früherkennungsmaßnahmen dürfen sich die Vorsorgeuntersuchungen nämlich ‚offiziell‘ nur auf die Risiken im Entwicklungsverlauf der Kinder beziehen, für die evidenzbasierte Techniken sowohl der (Früh-)Erfassung als auch (Früh-)Behandlung vorliegen. Die inkonsistenten Bezugnahmen auf die Differenz von primär- und sekundärpräventiven Aufgaben dokumentieren entsprechend auch die ambivalenten Zielsetzungen des Überarbeitungsprozesses, die ihre Fluchtpunkte sowohl in der *Ausweitung der Beobachtungsprogramme* als der *Begrenzung der Ansprüche* an Einflussnahme finden. Entsprechend wird die institutionelle Logik dieser Praxis der Risikokonstruktion in den Dokumentation von Reformentscheidungen vor allem als ein ‚Kampf um Behandlungsoptionen‘ (*struggle for treatment options*) analysiert.

Dieser Befund wird mit der Analyse von zwei Szenen aus der teilnehmenden Beobachtung kontrastiert, an denen aufgezeigt wird, mit welchen kommunikativen und performativen Praktiken im Vollzug der Untersuchungen diffuse Risiken visualisiert werden und wie darüber das Erziehungshandeln der Eltern in Bezug auf deren (Früh-)Behandlung adressabel wird. Hier spielt die Interaktionstriade der Untersuchungen eine zentrale Rolle, weil durch die Involvierung der Eltern (oder Elternteile) in die Untersuchung bestimmte Verhaltensweisen der Kinder in Relation zum Verhalten der Eltern gesetzt und deren Erziehungshandeln selbst als Risiko zur Darstellung gebracht werden kann. Diese ‚Materialisierung‘ der Verhaltensweisen der Eltern als Risiko ermöglicht es dann auch, von der Thematisierung von Elternaufgaben auf den ‚modus of educating‘ umzustellen, in welchem die Eltern nicht nur Ziel von pädagogischen Praxisformen wie Wissensvermittlung und Beratung werden, sondern im Sinne einer moralischen Verantwortungskommunikation (vgl. Hunt 2003) auch zu den richtigen Umgangsweisen mit ihrem Kind ‚erzogen‘ werden. Auch diese Verantwortungsverteilungen werden performativ inszeniert, was die Selbstbeobachtung der Eltern stimuliert. Denn ihnen wird dabei gezeigt, dass es in ihrem Möglichkeitsrahmen liegt, ‚richtige‘ Entscheidungen zu treffen und damit für die Zukunft eines (latenten) Entwicklungsproblems Verantwortung zu übernehmen. Entsprechend zeigen sich die Praktiken der präventiven Entwicklungsbeobachtung in der Untersuchungspraxis weniger als Kampf um Behandlungsoptionen denn als Kampf um Behandlungsverantwortung (*struggle for the allocation of treatment responsibility*).

An anderer Stelle haben ich gemeinsam mit Kelle diese Praktiken der primären Prävention in den Vorsorgen als ‚Hybridisierung‘ von pädagogischen und medizinischen Praxis- und Wis-

sensformen charakterisiert (2008; 2009). Dieser Verschnitt von Pädagogik und Medizin (und Psychologie) ist dabei für den Bereich kindlicher Entwicklung insgesamt charakteristisch (vgl. Liebsch et al. 2013) und bestimmt das Feld der professionellen Entwicklungsbeobachtung seit jeher (vgl. Burman 1994; Honig 1999; Stroß 2003; Turmel 2008a; Kelle 2010b). Was die hier dargelegten präventionssoziologischen Analysen darüber hinaus aufzeigen, ist jedoch, wie gerade die vage Konstruktion von Risiken und Behandlungsoptionen dazu beiträgt, das Objekt zu konstituieren, das in den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung unmittelbar mit den zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen zu erreichen ist: die elterliche Compliance gegenüber der medizinisch-präventiven Supervision ihrer Erziehungs- und Sorgeleistungen. Insofern sind die Beobachtungsbühnen in den Kindervorsorgeuntersuchungen Erziehungsbühnen, in denen nicht nur die Kinder- und Eltern in eine pädagogische Relation gesetzt werden, sondern auch die Eltern und Ärzte.

Die impliziten Konstruktionen uneindeutiger Risiken und offener Behandlungsoptionen in den Dokumenten des Überarbeitungsprozesses und der visualisierenden Darstellung von relationalen Risiken und verteilten Behandlungsoptionen im praktischen Verlauf der Untersuchungen erweist sich in dieser Perspektive als zwei Seiten einer Praxis der Aktivierung und Begrenzung gesteigerter Leistungserwartungen an die frühzeitige Optimierung kindlicher Entwicklung (vgl. auch Bollig und Kelle 2009; Nadesan 2010). Die Studie rückt entsprechend in den Vordergrund, dass es gerade die Ambivalenzen in den *Beobachterprogrammen* sind, die dazu führen, dass in der praktischen Untersuchungsdurchführung die *Beobachtungsbühnen* an Bedeutung gewinnen.

Text 4

Mit den Beobachtungsbühnen der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung beschäftigt sich auch die Studie mit dem Titel „Die Ordnung der Familie als Präventionsressource“. Im Fokus stehen dabei die gesprächsgestützten, informellen Formen der Entwicklungsdiagnostik, was die Interaktionsdynamik in den Untersuchungen in den Vordergrund rückt. Die Studie wurde als Zeitschriftenartikel 2009 gemeinsam mit Anja Tervooren in einem Themenheft der Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation (ZSE) zu den „Kulturen der Entwicklungsdiagnostik“ veröffentlicht.¹²

Bollig und Tervooren (2009): Die Ordnung der Familie als Präventionsressource. Informelle Entwicklungsdiagnostik in Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen am Beispiel der Thematisierung kindlicher Fernsehnutzung. ZSE 29(2), 157-173

An Beobachtungsmaterial aus Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen wird dabei aufgezeigt,

wie in der Arzt-Eltern-Kind-Interaktion entwicklungsdiagnostisches Wissen konstruiert wird und welche Effekte für die Profilierung der Früherkennungsaufgabe der Untersuchungen damit verbunden sind. Dazu wird die ärztliche Erhebung der Fernsehnutzung der Kinder in den Mittelpunkt gestellt, denn dieses Element ärztlicher Diagnostik eignet sich besonders gut, um familiäre Lebensweisen in den kindermedizinischen Untersuchungen

¹²Prof. Dr. Anja Tervooren war zum Zeitpunkt der Erarbeitung und Publikation des Textes als assoziierte Wissenschaftlerin (Post-Doc) am DFG-Projekt „Kinderkörper in der Praxis“ beteiligt. Der Text ist in einer intensiven Zusammenarbeit der beiden Autorinnen erstellt worden, wobei die Fokussierung auf das fernsehguckende Kind und die Auswahl der protokollierten Szenen auf Voranalysen von mir aufbauen. Kap 1.3, 1.4., 2.1 und 2.2. des Textes sind federführend von mir erarbeitet worden. Der Text wurde von Anja Tervooren nicht in eine Qualifizierungsarbeit aufgenommen.

gen zu repräsentieren, die Erziehungsqualität von Familien zu thematisieren und in spezifischer Weise in die Früherkennungsfunktion der Untersuchungen einzubinden. (157)

Die besondere Bedeutung, die der Thematisierung der kindlichen Fernsehnutzung in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen zukommt, liegt darin begründet, dass sich bei diesem Thema öffentliche Diskurse, fachliche Debatten und frühdiagnostische Praktiken in besonderer Weise miteinander verknüpfen. Denn, zum einen dient in den öffentlichen Diskursen um die Erziehungsqualität von Familien das ‚fernsehguckende Kind‘ in besonderem Maße als Vehikel, um veränderte Kindheitsbedingungen vor dem Hintergrund familialer Lebensstile zu diskutieren und eine bestimmte ‚Grammatik‘ der familialen Generationenverhältnisse einzufordern.¹³ Zum anderen greifen in der klinisch-psychologischen Forschung und sozialpädiatrischen Praxis beim Thema Fernsehkonsum ätiologisch-diagnostische, therapeutische und präventive Zielsetzungen ineinander.

Der praktische Stellenwert, welcher der Erhebung der kindlichen Fernsehnutzung in den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung zukommt, ist jedoch weder nur dieser diskursiven Aufgeladenheit, noch lediglich der besonderen fachlichen Konfigurierung als frühdiagnostisches und therapeutisches Kriterium geschuldet. Vielmehr sind diese beiden Diskurse als Komponenten dieser ‚integrative practices‘ (Schatzki 2002) der Entwicklungsbeobachtung zu verstehen, welche ihre institutionelle Logik und Funktionalität aber vor allem aus ihrer *Performanz* selbst beziehen. In der triadischen Interaktionsstruktur der Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen entfaltet sich bei der Thematisierung des Fernsehkonsums nämlich eine besondere Dynamik in der *gemeinsamen* Erzeugung von ‚diagnostischem Material‘, die das Verhältnis von Kindern und ihren Eltern in der familialen Umwelt nicht nur in besonderer Weise thematisch werden lässt, sondern auch zur Aufführung bringt.

Analytisch zugänglich werden diese Prozesse der Thematisierung, Aufführung und letztlich Bearbeitung des entwicklungsbezogenen Eltern-Kind-Verhältnisses mithilfe des analytischen Konzepts des „generationings“ (Alanen 2005) bzw. präziser des „doing generation“ (Kelle 2005). Gegenüber den vielfältigen erziehungswissenschaftlichen (expl. Liebau und Wulf 1996; Schäffer 2003; Ecarius 2008) und kindheitssoziologischen Zugängen (expl. Zeiher 2000; Olk und Wintersberger 2007; Bühler-Niederberger 2011) zum Konzept der ‚Generation‘, wird hier ein *differenztheoretischer Generationenbegriff* (vgl. Honig 2009b) in Anspruch genommen, mit dessen Hilfe sich die Frage formulieren lässt, wie die Differenzierung von Generationen – hier: sowohl Kinder und Erwachsene als auch Kinder und Eltern – *in situ* vollzogen wird. Mit Blick auf die empirischen Prozesse der Konstruktion ‚normaler Entwicklung‘ in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen wird mit der Perspektive des ‚doing generation‘ entsprechend die relationale Bezogenheit dieser kindbezogenen Darstellungspraxis offengelegt, oder um es mit Leena Alanen (2005: 79) zu formulieren, die praktische Dimension der „komplexen Menge sozialer (relationaler) Prozesse, durch die einige Personen zu ‚Kindern‘ werden (oder als solche ‚konstruiert‘ werden), während andere zu ‚Erwachsenen‘ werden (oder ‚konstruiert‘ werden)“. Wird dieses differenztheoretische Verständnis von Praktiken des Generationalen Ordners zudem interaktionstheoretisch ausformuliert (vgl.

¹³ Elterliche Aufgaben der Medienerziehung werden in diesen Diskursen dabei mehrfach adressabel: zum einen indem Kinder als spezifisches „Publikum positioniert“ (Olesen 2005) werden, das besonderen Schutz bedarf, und vor schädlichem Medienkonsum geschützt werden muss. Dieses Kinderbild ist kennzeichnend für den überwiegenden Teil der entwicklungspsychologischen Forschung. Aber auch in Bezug auf den Kompetenzvorsprung, welcher der Sozialgruppe der Kinder durch die neuen Medien gegenüber der Generation ihrer Eltern und Großeltern zugestanden wird (Stichwort: „digital divide“), werden bestimmte Aufgaben der Medienerziehung an Eltern adressiert (vgl. Aarsand 2007).

Kelle 2005), so werden die Prozesse in den Untersuchungen zugänglich, in denen das pädagogische Generationenverhältnis in Familien als relationale Konstruktion von Kindern *und* Eltern zur Darstellung gebracht wird. Dabei bezieht die Analyse des „doing generation“ (Kelle 2005) auch mit ein in welcher Weise diese Differenzierungen von den generational positionierten Akteuren in einer wechselseitigen Bezugnahme vollzogen wird, d.h. wie Kinder und ihre Eltern sich in den Untersuchungen *als solche* aufeinander beziehen.

Als *Praktiken* des generationalen Ordners sind diese interaktiven Herstellungsweisen der Differenz zwischen Kindern und Erwachsenen sowie Kindern und ihren Eltern jedoch nicht einfach nur abstrakt auf das Generationenverhältnis bezogen, sondern auf den konkreten Kontext, den die Praktiken stiften, das heißt ihre jeweiligen ‚sites‘ (vgl. Schatzki 2002). Insofern wird das ‚doing generation‘ in dieser Studie vor allem auch mit Blick auf die Frage expliziert, was *diese je konkreten Unterscheidungspraxen zwischen Kindern und Eltern* für die Aufgabenstellungen der Untersuchungen erbringen.

Die erste analysierte Vignette der teilnehmenden Beobachtung von Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen behandelt dabei gleichsam die Voraussetzungen, unter denen sich die Darstellung von Entwicklungsphänomenen mit der Differenzierung von Kindern und Eltern vermittelt. Sie zeigt auf, wie sich die Frage nach dem Fernsehkonsum der Kinder als ‚Platzierungsstrategie‘ entfaltet, mit deren Hilfe aufgefallene Entwicklungsphänomene nicht nur genetisch im familialen Lebensraum verortet werden, sondern dieser auch als generational strukturierter pädagogischer Raum entworfen wird. Die dabei analysierte interaktive Transformation des Beobachtungs- und auch Bearbeitungsgegenstandes von ‚Kindern‘ zu ‚Kindern und Eltern‘ – und damit zum pädagogischen Generationenverhältnis – wird dabei jedoch nicht nur in der Dynamik der informellen diagnostischen Praktiken hergestellt, sondern auch insbesondere in Bezug auf das Fernsehthema bereits von den Eltern antizipiert. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass das Thema von den Ärzten meist nur ‚angetippt‘ werden muss, um die elterlichen Konzepte über die angemessene Fernsehnutzung aufzurufen.

Dass dabei auch vorwegnehmende Spiegelungen entsprechender Normierungen durch die Eltern eine Rolle spielen, zeigt die zweite empirische Vignette auf. Sie bezieht sich darauf, dass beim Medienthema die Kinder besonders häufig als ‚Zeugen‘ für die elterlichen Medienerziehungsstrategien aufgerufen werden. Beispielsweise, wenn wie in dem präsentierten Ausschnitt aus einer Schuleingangsuntersuchung die Mutter vom Arzt gefragt wird, ob sie den Fernsehkonsum des Kindes begrenze, und sie diese Frage umstandslos an ihren Sohn weiterleitet, indem sie ihn auffordert, zu benennen wie viele Stunden er am Tag fern schauen darf. Zielen diese Strategien darauf, das Kind als ‚unverdächtigen‘, weil gegenüber gesellschaftlichen Diskursen zur ‚richtigen‘ Medienerziehung gleichgültigen Berichterstatter ins Spiel zu bringen, so zeichnen sie sich jedoch in ihrem Praktiziertwerden vor allem dadurch aus, dass sie regelmäßig am ‚Zeugen‘ scheitern. Denn die Kinder sagen entweder nichts, zählen zu viele oder falsche Sendungen auf, oder beginnen mit den Eltern gar ein Streitgespräch über die praktische Wirksamkeit dieser Regeln. Gerade dieses Scheitern führt dann jedoch dazu, dass die Kinder von ihren Eltern im Weiteren nicht mehr als Zeugen, sondern als Adressaten von Erziehungsregeln angesprochen werden, und zwar indem sie zum Anspielpartner für ‚Erziehungsaufführungen‘ werden. Was die Kinder in diesen Interaktionen dann ‚bezeugen‘ ist entsprechend weniger, dass ihre Eltern mit ihren Strategien in der alltäglichen Erziehungspraxis erfolgreich sind, sondern dass diese im Umgang mit ihren Kindern bereit sind sich an den ‚richtigen‘ Regeln zu orientieren.

Dass diese aufgeführte Bereitwilligkeit der Eltern in den Untersuchungen auch dazu herangezogen wird um in der Interaktionstriade zwischen Kind-Eltern und Arzt die Selbstbeobachtung der Eltern zu effektvieren, zeigt die dritte analytische Vignette auf. Sie belegt an einem Beispiel aus einer Schuleingangsuntersuchung, wie in einem Gespräch zu den Fernsehgewohnheiten des Kindes, diese auch gegen den Einwand des untersuchten Mädchens als Aufgabe im pädagogischen Generationenverhältnis der Familie platziert werden, was eine Neu-Aushandlung der elterlichen Regeln zur Aufführung bringt.

Entsprechend ist die Frage nach dem Umgang der Kinder mit dem Fernsehen in zweifacher Hinsicht geeignet, das familiäre Generationenverhältnis zu modellieren: Sie erinnert erstens *pars pro toto* an die moralische Dimension der elterlichen Verantwortung ihren Kindern gegenüber, die vor dem Hintergrund der Verführungsmacht des Fernsehens als besonders schützenswert entworfen werden. Die Notwendigkeit zur ständigen Beobachtung der Familie durch die Familie wird dabei, zweitens, sowohl für die unmittelbare Gegenwart als auch die Zukunft plausibel gemacht. Die in die Untersuchungssituation eingeschlossene ärztliche Beratung zielt dabei auf die Transformation von Erziehungspraktiken – in diesem Beispiel auf eine den Kindern angemessene, von den Eltern kontrollierte Fernsehnutzung – und stellt einen Ort bereit, um diese Transformation einzuüben und die Generationendifferenzierung gegebenenfalls (neu) auszuhandeln.

Für die Praktiken der Entwicklungsbeobachtung in den beiden Früherkennungsuntersuchungen erbringt dieser Bezugspunkt der familialen Generationenordnung entsprechend die Leistung, bereits in der diagnostischen Modellierung des Kinderkörpers Zuständigkeiten für dessen Entwicklung zu repräsentieren, wobei das medizinische Personal beim ‚Medienthema‘ dabei in einem besonderen Maße auf die ‚Mitarbeit‘ der Eltern und Kinder zählen kann. Denn charakteristisch für das Thema ‚Fernsehen‘ ist seine diskursive Komponente, die es ermöglicht, das Thema ohne weitere Erläuterung seines Gefährdungspotentials in Bezug auf das sich entwickelnde Kind in Anspruch zu nehmen. Die empirischen Beispiele zeigen auf, dass diese Praxis ‚funktioniert‘, weil die Ärzte und Ärztinnen mit dem Thema Fernsehen fast immer etwas aufrufen, was die Eltern bereits wissen.

In dem Sinne zeigt sich die spezifische Kultur der Entwicklungsdiagnostik in beiden kindermedizinischen Untersuchungsformen auch als Praxis der Wiederholung diskursiver Figuren, deren praktischer Wert unter dem Vorzeichen einer Abkürzungsstrategie gelesen werden muss. Unter zeitlichen, aber auch sozialen Gesichtspunkten ist diese Abkürzung durch Antippen eines Diskurses ausgesprochen ökonomisch, da es nicht zu ausschweifenden Erklärungen oder Konflikten kommt und rasch eine Aktualisierung der Verteilung von Zuständigkeiten realisiert werden kann. (18f.)

Gerade in dieser Abkürzungsstrategie zeigen sich diese informellen frühdiagnostischen Praktiken jedoch auch für die Aufgabenerfüllung der beiden kindermedizinischen Untersuchungen als funktional. Denn wenn es auch zunächst das erklärte Ziel medizinischer Früherkennung ist, mögliche medizinische oder therapeutische Behandlungsschritte zu bestimmen, zeigen die vorgestellten Analysen, wie die Kinder- und Schulärzte mit der Aufforderung umgehen, medizinisch-pädagogische Optimierungsansprüche an die kindliche Entwicklung auch im Hinblick auf ihre nicht-medizinischen Voraussetzungen zu bearbeiten, indem sie den Fokus der ärztlichen Beobachtung von den Kindern hin zum generationalen Verhältnis von Eltern und Kindern verschieben.

Während also für viele Bereiche des heutigen Kinder- und Familienlebens eine Erosion der verteilten Macht- und Wissensverhältnisse in den gelebten Generationenbeziehungen von Kindern und ihren Eltern diagnostiziert wird (vgl. insbesondere Hengst 2013, aber auch Närvänen und Näsman 2004; Lüscher, Liegle und Lange 2009, mit Blick auf Gesundheitsdiskurse Hinton, Lavery und Robinson 2013), zeigen diese Analysen entlang eines differenztheoretischen Generationenbegriffes auf, dass das *pädagogische* Generationenverhältnis nicht nur ein zentraler Bezugspunkt der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung ist, sondern die Untersuchungen auch einen Ort zur Verfügung stellen, an denen die Erwartungen an die *pädagogische Ordnung der Familie* performativ aufgeführt und dadurch diskursiv ‚ratifiziert‘ werden.

Der Bühnencharakter, das Aufführungs-Spiel, in den Früherkennungsuntersuchungen stiftet dabei in Analogie ab die von Horn (2002) herausgearbeitete Logik von Assessment-Centern, die die Eignung von Stellenbewerbern prüfen sollen, eine Situation der *Simulation*, die authentisches Verhalten ‚stichprobenhaft‘ und unter Einbezug der Differenz von tatsächlichem Verhalten und Aufführung provozieren soll. Die Authentizität des gezeigten Elternverhaltens, ergibt sich dabei jedoch weniger aus den realen Kompetenzen, die sichtbar gemacht werden. Vielmehr zielen diese Aufführungen auf die Potentiale von Eltern und ihr Einverständnis gegenüber den öffentlichen Maßgaben der Weiterentwicklung ihrer Kompetenzen *als* Eltern. Was diese Aufführungen entsprechend zur Darstellung bringen, ist die Fähigkeit, sich vorzuführen, ein Selbst zu inszenieren“ (ebd. 121), freilich mit dem Unterschied zu den Assessment-Centern, dass es hier für die Eltern nicht darum geht, sich in Konkurrenz zu Mitbewerbern für eine Anstellung zu qualifizieren.

In den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen geht es, wenn man so will, für die Eltern *als* Eltern zunächst ‚um nichts‘, ihre statusdifferenzierende Funktion etablieren diese Untersuchungen als ‚peoples processing organizations‘ (Hasenfeld 1972) schließlich gegenüber den Kindern, die den Ausweis ‚normale Entwicklung‘ oder ‚Schulfähigkeit‘ erhalten – oder auch nicht. Da jedoch, wie die Analysen aufzeigt haben, diese elterlichen Kompetenzen mit der Sichtbarmachung normaler Entwicklung aufs engste verknüpft sind, entfaltet sich die Motivation¹⁴ zu solchen Aufführungen bei den Eltern nicht nur in Bezug auf eine Imagepflege als Eltern, sondern auch mit Blick auf das Ziel, sich als Entwicklungspotential – und nicht als Entwicklungsrisiko – für ihre Kinder zur Darstellung zu bringen.

Entsprechend stiftet die Analyse von den ‚Beobachtungsbühnen‘ in den Kinder- und Vorsorgeuntersuchungen Anschlüsse an eine gouvernementalitätstheoretische Erschließung des (spät)moderner Wandels von Kindheit (expl. Nadesan 2010), die auf die wissensbasierte Regierung der Eltern mit Hilfe spezifischer Kindheits- und Entwicklungskonzepte aufmerksam macht (vgl. Bloch und Popkewitz 2000). Die Analyse der Beobachtungsbühnen ergänzt solche gouvernementalitätstheoretischen Perspektiven, indem sie nach den praktischen Orten und Prozessen fragt, an denen solche Relationierungen in das Wissen der Akteure eingeschrieben werden. Die Beobachtungspraktiken erweisen sich dann als „Verfahren der Wissenskonstitution am Menschen“ (Horn 2002: 124), in denen diese Relationierung von Eltern und Kindern

¹⁴Hier sei noch mal daran erinnert, dass Motive, Bedürfnisse und Emotionen mit Schatzki (2002) als Elemente der teleoaffektiven Struktur von Praktiken verstanden werden, mit deren Hilfe sich einzelne Aktivitäten (‚doings and sayings‘) in je spezifischer Weise zu Praktiken zusammenschließen. Die hier hervorgehobene Motivation der Eltern ist daher mehr als Resultat denn als Ausgangspunkt der Praktiken zu bestimmen; auch wenn unterschiedliche Eltern in den Untersuchungen je unterschiedlich mit diesen ‚Motivationserfordernissen‘ umgehen (vgl. Bollig 2008a, Bollig und Kelle 2013).

in der Herstellung entwicklungsdiagnostischen Wissens selbst unmittelbar plausibel gemacht wird.

Das Verhältnis von Selbst- und Fremdbeobachtung wird dabei jedoch nicht nur als disziplinierendes Szenario beschrieben, in welchem die praktischen Ressourcen der Positionierung von Eltern *als Lernende* aus der Diskrepanz zwischen Norm und Erfüllung gewonnen werden (vgl. Bollig und Kelle 2013; Millei und Lee 2007), sondern auch mit Blick auf die nahezu ‚spielerische‘ Aufführung des diskrepanten Verhältnisses zwischen Norm und Erfüllung selbst (vgl. Bollig und Tervooren 2009). Insofern zeigt sich auch das Scheitern, wie beim Beispiel der Zeugenaufufung, nicht als ‚echtes Scheitern‘, sondern wird unter den Bedingungen der Vermittlung von Erziehungsidealen und Familienalltag vielmehr zum Ausweis einer ‚authentischen Darstellung‘. Deren Doppelbödigkeit besteht allerdings darin, dass nun die zur Darstellung gebrachte *Bereitschaft der Eltern zur Selbstoptimierung* als die zentrale Ressource der Optimierung kindlicher Entwicklung ratifiziert wird. Über das bisher wenig für Praxisanalysen in Anspruch genommene differenztheoretische Konzept des ‚doing generation‘ (vgl. jedoch Kelle 2005) lassen sich entsprechend auch die ganz konkreten Prozesse in den Blick nehmen, in denen die Mitspieler des „Präventionsspiels der Untersuchungen“ (Bollig 2009) diese pädagogische Relationierung von Eltern und Kindern als generationale Differenzierungspraxis unter ‚medizinischer Supervision‘ entfalten.

6. Fazit – Entwicklungskindheit als Beobachtungsprojekt

Mit den vorgelegten ethnographischen Studien wurde Neuland betreten, da sie, wie die weiteren Veröffentlichungen aus dem DFG-Projekt „Kinderkörper in der Praxis“, im deutschsprachigen Raum erstmals eine Praktikenanalyse der medizinischen Entwicklungsbeobachtung in Früherkennungsuntersuchungen erarbeitet haben. Meine hier versammelten Arbeiten finden ihren gemeinsamen Bezugspunkt dabei in der Frage, *wie* in den Praktiken der professionellen Entwicklungsbeobachtung die Objekte der Beobachtung hervorgebracht werden und *wie* in diese Darstellungspraxis die Verteilung von Aufgaben an die Eltern eingewoben ist.

Das in den Früherkennungsuntersuchungen zur Disposition stehende Objekt, die Entwicklung von Kindern, wurde dabei als ein ‚praktiziertes‘ Wissensobjekt analysiert. In den *Praktiken der Entwicklungsbeobachtung* wird dieses Wissensobjekt mit Hilfe heterogener lokaler Ressourcen, unter Einbezug bestimmter diskursiver Figurationen, im Kontext institutioneller Programmstrukturen und in der Dynamik von Fremd- und Selbstbeobachtung je spezifisch zur Darstellung und zur Bearbeitung gebracht. Herausgearbeitet wurden in dem Sinne die ‚einheimischen Entwicklungsbegriffe‘ der Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen, die ihr Beobachtungsobjekt und dessen generationale Strukturierung in der praktischen Logik der Beobachtungspraxis selbst entfalten. Ausgehend von der Prämisse, dass zur Aufklärung des doppelseitigen Bezugspunktes ‚Entwicklungskindheit‘ analytische Konzepte erforderlich sind, welche Entwicklungsvorstellungen nicht nur programmatisch als soziales Regulativ von Eltern-Kind-Figurationen aufgreifen, sondern dieser Relationierung von Kindern und Eltern auch in den konkreten Praktiken der Darstellung von ‚Entwicklung‘ nachspüren können, wurde dazu über die Studien hinweg ein beobachtungstheoretisches Analysemodell entwickelt, das in diesem Rahmentext metanalytisch entlang der Dimensionen Beobachterkollektive, Beobachterooptionen, Beobachterprogramme und Beobachtungsbühnen ausdifferenziert wurde.

Die Studien haben dabei aufgezeigt, dass die Entwicklung der Kinder in den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen als ein *hybrides Beobachtungsobjekt* konstituiert wird, und dies in dreifacher Hinsicht: Erstens werden in den ‚verteilten Praktiken der Entwicklungsbeobachtung‘ verschiedene ‚Entitäten‘ – Köper, Artefakte, Personen, Zahlen, Narrationen, Testgeräte, etc. – versammelt, um Entwicklung als zeitlichen, sozialen, biologischen und räumlichen Prozess sichtbar zu machen. ‚Hybrides‘ zeigt sich zweitens, da das Beobachtungsobjekt ‚Entwicklung‘ zwar an den je individuellen Kindern erarbeitet wird – schließlich soll es deren Entwicklungsprozesse ‚repräsentieren‘ – gleichzeitig werden dabei jedoch immer schon die Eltern und die Familie als Bedin-

gungskontext und Bearbeitungsressource mit zur Darstellung gebracht. Das Beobachtungsobjekt ‚Entwicklung‘ ist aber auch in einem dritten Sinne als ‚hybrid‘ zu verstehen, denn obwohl es zwar in einem je spezifischen lokalen Kontext auf je bestimmte Art und Weise hervorgebracht wird (‚einheimische Entwicklungsbegriffe‘), vermittelt es verschiedene Kontexte (Familie, Schule, Kita etc.) miteinander und reicht in Form von weiteren Beobachtungsaufgaben auch in diese hinein. Insofern ist das hybride Beobachtungsobjekt ‚Entwicklung‘ auch nicht einfach nur ein medizinisches Objekt, vielmehr ist es durch einen Verschnitt von medizinischen und pädagogischen Wissens- und Praxisformen aufgebaut.

Die Ergebnisse der jeweiligen Studien, ihre gegenstandstheoretischen Zugänge und methodologischen Konzepte wurden ausführlich in den einzelnen Artikeln dargestellt und in diesem Rahmentext noch einmal auf einen breiteren Diskussionskontext bezogen. In diesem Abschlusskapitel werden die vorgelegten Analysen nun kindheitstheoretisch ausformuliert und zur aktuellen Formierung von Kindheit als einem soziokulturellen Muster in Beziehung gesetzt. Dabei wird die These entfaltet, dass die Praktiken der Entwicklungsbeobachtung im Kontext einer zunehmenden Riskantsetzung von Kindheit dazu beitragen, dass sich die ‚Entwicklungskindheit‘ immer mehr zu einem *Beobachtungsprojekt* transformiert.

6.1 Entwicklungskindheit und Beobachtungspraxen – vom ‚pathologischen‘ zum ‚normalen‘ Kind und zum ‚child-at-risk‘

Fragt man nach der Relevanz der hier beschriebenen Praktiken der Entwicklungsbeobachtung und ihrem hybriden Beobachtungsobjekt für die aktuelle Formierung von Entwicklungs-kindheit, so lohnt es konzeptuell an die historische Arbeiten von Turmel (1997, 2008a, 2008b) und Foucault (2003b) anzuschließen. Beide weisen Beobachtungspraxen eine zentrale Rolle in ihren Überlegungen zur Konstitutionsgeschichte moderner Konzepte von Kindheit und Familie zu.

In seiner „Historical Sociology of Childhood“ rekonstruiert Turmel (2008a) die gesellschaftliche Herausbildung des Konzeptes der ‚normalen Entwicklung‘ für den ‚Apex der Etablierung des Entwicklungsparadigmas‘ in den westlichen Industrienationen von 1850 bis 1945. Er zeigt dabei auf, wie sich in diesem Zeitraum ein gesellschaftliches Kindheitskollektiv („childhood collective“) herausgebildet hat, in welchem sich im Sinne der Actor-Network-Theory (ANT, vgl. Latour 1996) verschiedene *humans*, Ärzte, Wissenschaftler, Politiker, Lehrer, Psychometriker und weitere Experten, mit verschiedenen *non-humans* wie Objekten, Statistiken, Technologien, Diskursen etc. über das Objekt der ‚normalen Entwicklung‘ zusammenschlossen und gegenseitig mit Handlungsmacht ausstatteten.¹ In Bezug auf dieses heterogene Kindheitskollektiv rekonstruiert Turmel, wie die Konzeption des sich ‚normal entwickelnden Kindes‘ entlang vielfältiger sich herausbildender Technologien (bspw. propabilistische Statistik, neue Repräsentationstechniken etc.) und Narrative zu zirkulieren begann, und „as both a cognitive form and a hybrid object“ (Turmel 2008a: 311) stabilisiert wurde. Eine zentrale Rolle in diesem Kindheitskollektiv spielt der Aufstieg der Bevölkerungswissenschaften, durch welche ab dem späten 19. Jahrhundert überhaupt erst die Datenmengen erzeugt wurden, welche die statistische Normierung altersgerechter Entwicklung von Kindern und somit die Konstruktion von ‚normaler Entwicklung‘ ermöglichten. Ihre gesellschaftliche Rele-

¹ Er setzt sich damit von diskursanalytischen Arbeiten wie bei Burman (1994) und Rose (1999) ab, die die ‚Entdeckung der Entwicklungs-kindheit‘ ebenfalls mit Blick auf die sich daran stärkenden Disziplinen der Entwicklungspsychologie und der Pädiatrie aufzeigen, dabei jedoch keinen netzwerkanalytischen Zugang verfolgen.

vanz erhielt diese Konstruktion ‚normaler Entwicklung‘ dabei vor allem vor dem Hintergrund der sozialen Kinderfrage (Verelendung, Bildsamkeit, etc.), in deren Kontext sie ‚rationale‘ Lösungsansätze anbot.

Als zentrale Technologie der Rationalisierung von Kindheit, hebt Turmel (2008a) die mit den neu entstandenen bevölkerungsstatistischen und naturwissenschaftlichen Methoden verbundenen *graphischen Visualisierungen von Entwicklungsfortschritten* – hier prominent die IQ- und Wachstumstabellen – hervor. Diese Visualisierungen machten es erst möglich, die die statistischen Kalkulationen zu ‚normaler Entwicklung‘ mit konkreten Kindern zu verknüpfen, indem sie Entwicklung als einen linearen altersgraduierten Stufenprozess sichtbar und machten und dadurch die Inskription des kindlichen Körpers mit diesen entwicklungsbezogenen Normalitätsmaßstäben vollzogen. Diese neuen Visualisierungstechniken vermittelten zudem die unterschiedlichen privaten wie öffentlichen Akteure, die mit Kindern befasst waren. Und zwar, indem sie deren Aktivitäten mit Blick auf die Standardisierung dieser Entwicklungstabellarien koordinierte, aber auch auf den entwicklungsgemäßen Umgang mit Kindern ausrichteten (vgl. Turmel 1997). Die mit Hilfe dieser neuen Technologien erreichte Universalisierung des ‚normalen Kindes‘ schuf dabei nicht nur eine Vielfalt an epidemiologischen wie individuellen Beobachtungspraxen – in Schulen, Arztpraxen, psychologischen Labors, Familien etc. – sondern mit dem Begriff der ‚normalen Entwicklung‘ auch das Dispositiv, über das Medizin und Pädagogik und der gesellschaftliche Zugriff auf die familiäre Fürsorge für den Nachwuchs rationalisiert wurden (vgl. auch Honig 1999; Rose 1999; Millei und Lee 2007). Denn dieses neu geschaffene Wissen um Entwicklungsnormalitäten wurde zur Grundlage der zeitgleich forcierten Maßnahmen zur Kontrolle und Anleitung der vor allem mütterlichen Familienarbeit in der Pflege und Aufzucht der Kinder (vgl. Urwin 1985; Fehleemann 2009).

Dass diese Rationalisierung der Familie entlang von Entwicklungsnormen jedoch bereits Vorläufer in der frühen sozialhygienischen Konstruktion des Kinderkörpers fand, hat Foucault (2003) in seiner Studie zum westeuropäischen Masturbationsdiskurs im Übergang vom 18. zum 19. Jahrhundert aufgezeigt. Empirischer Ausgangspunkt ist für Foucault dabei die für diesen Zeitraum zu beobachtende kampagnenhafte Struktur des Masturbationsdiskurses, wobei dieser seine Wirksamkeit vor allem durch die Somatisierung und Pathologisierung der Masturbation entfaltete. Zu Grunde gelegt wurden diese Prozesse in einer ätiologischen Codierung der Masturbation, da diese als Ursache für vielfältige künftige Krankheiten entworfen wurde. Foucault interpretiert dies als Start für eine grundlegende Pathologisierung der Kindheit, womit zugleich auch die Familie nachhaltig ‚medizinisiert‘ wurde.

Die zentrale ‚Technologie‘ dieser Ankoppelung der Macht der Medizin an die Macht der Familie, sind für Foucault die Anweisungen zur Observierung der Kinder durch ihre Eltern, die durch die von Mediziner*innen entwickelten Instrumente zur Verhinderung der Masturbation zusätzlich instrumentiert wurden. An die Stelle der bis dahin vorherrschenden christlich geprägten, pastoralen, und vor allem sprachlichen Lenkungs- und Regierungstechniken, traten mit der Somatisierung und Pathologisierung daher nun vor allem räumliche Machtmechanismen, die das häusliche Umfeld als einen „Raum der Sichtbarkeit, den man mit so großer Sorgfalt organisiert“ (Foucault 2003b: 301) entwarfen. Wurden die (bürgerlichen) Eltern somit über Kontrollaufgaben näher an den Kinderkörper gerückt, so konnte die Heilung der Masturbation jedoch nur durch ein Geständnis des Kindes gegenüber dem Arzt erfolgen, so dass die Aufgabe der Eltern darin bestand, bei gescheiterter Masturbationsverhinderung die Kinder unverzüglich der ärztlichen Expertise zuzuführen. Dieses ‚eingebaute Scheitern‘ der Familie am pathologisierten Kinderkörper machte jedoch nicht nur die Medizin zur ‚Wächte-

rin' der Familie, sondern ließ auch die Einführung der Schulpflicht und Erziehungsmaßnahmen der Kinder außerhalb der Familie zusätzlich sinnvoll erscheinen.² Denn einerseits wurde zwar das Wachen über die kindliche Sexualität in die Verantwortung der Eltern gelegt, wodurch sich auch die Norm einer engen Bindung von Eltern und Kindern in dem sich ausdifferenzierenden Modell der Kleinfamilie plausibilisierte. Die sich darüber etablierende Vorstellung einer rationalen Erziehung der Kinder bildete jedoch andererseits auch die Legitimationsfolie, um der Familie den öffentlichen, normierten und staatlich kontrollierten Raum der Erziehung zu entziehen (vgl. Foucault 2003b: 342). Folgerichtig stellt Foucault den Masturbationsdiskurs in den Kontext einer wechselseitigen Medizinisierung und Pädagogisierung von Kindheit: durch das pathologische Kind nistete sich die Pädagogik in die medizinisierte Familie ein.

Stand bei Foucault die ätiologische Codierung der Masturbation, im Sinne eines Auslösers für vielfältige Krankheiten im Erwachsenenalter, im Vordergrund der medizinischen Strategien zur Etablierung dieser ‚neuen Physik des familialen Raums‘, so wurden diese hygienischen Konstruktionen von Elternaufgaben im 19. und 20. Jahrhundert zunehmend durch die kalkulatorischen Risikokonzepte entlang der Beschreibung normaler Entwicklungsverläufe ersetzt, die Turmel (2008a) herausgearbeitet hat. Diese Risikokonzepte erst machten die epidemiologische und individuelle Dauerbeobachtung von Kindern möglich, die den von Armstrong (1995) rekonstruierten Aufstieg der „surveillance medicine“ maßgeblich vorantrieben.

Für die Frage nach der Formierung von Entwicklungskindheit in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen sind diese beiden historischen Studien vor allem interessant, weil sowohl Turmel als auch Foucault sich die Frage stellen, in welcher Weise professionelle Beobachtungen des Kinderkörpers mit familiären Aufgaben der Beobachtung und ‚Bearbeitung‘ von Kindern vermittelt waren. Beide Analysen laufen zudem auf eine bestimmte Konzeption des Kindes zu, die mit der familialen/professionellen Beobachtung der Kinder verknüpft ist. Im Zentrum von Foucaults Analyse zum Masturbationsdiskurs steht eine Konzeption des ‚pathologischen Kindes‘. Turmels Analysen zu den zeitlich später gelagerten Konstitutionsbedingungen moderner Entwicklungskindheit stellen das ‚normale Kind‘ ins Zentrum, das, wie auch Armstrong (1983) und Rose (1999) aufzeigen, nicht mehr nur in der Familie beobachtet werden sollte, sondern auch in der Schule, den öffentlichen Gesundheitsdiensten usw. in Beobachtungspraxen eingebunden war. Dabei waren die unterschiedlichen Beobachtungsfelder über psychologisch-medizinische Technologien, wie bspw. Entwicklungstabellarien, miteinander vermittelt, die auch die Fremdbeobachtung (Entwicklungsdiagnostiken) der Kinder bzw. die Eigenbeobachtung der Kinder durch die Eltern instrumentierten (vgl. Hungerland 2003). Dieser Wechsel vom ‚pathologischen‘ zum ‚normalen‘ Kind, geht dabei mit der Auflösung der binären Codierung gesund/pathologisch zu einem kontinuum-basierten Modell der Normalität einher. Erst durch diese Veränderung wurde eine weitreichende Dauerbeobachtung aller Kinder plausibel, da mit Hilfe der durchschnittsbasierten Normalitätsmaßstäbe eine graduelle Stufung von Normalitätsbereichen und Grenzbereichen festgelegt werden konnte, die mögliche Gefährdungen für die zukünftige Entwicklung kalkulierbar machten.

² Eine ähnliche Konzeption vertreten Loseke und Cahill (1994) in dem sie für Geschichte der flächendeckenden Etablierung von Kindertageseinrichtungen aufzeigen, wie die Professionalisierung dieses Feldes über eine Abgrenzung gegenüber den ‚nicht-rationellen‘ Erziehungspraxen in der Familie erfolgte, was dann wiederum den Ausbau des fröhpädagogischen Feldes mit Blick auf *alle Kinder* legitimierte.

Bezieht man diese beiden Konzeptionen des Zusammenhangs von Beobachtungspraxen, Kinderbildern und familiären Aufgaben auf die aktuellen Entwicklungen im Feld der professionellen Entwicklungsbeobachtung, so rückt vor allem die *präventive Codierung* der Entwicklungsbeobachtung in den Vordergrund, die in den vergangenen Jahrzehnten das Feld der professionellen Entwicklungsbeobachtungen wesentlich dynamisiert hat (vgl. Kap. 1). Mit dieser präventiven Codierung der Kinderbeobachtung tritt, wie Forschungsarbeiten im Anschluss an die Beck'sche Analyse der Risikogesellschaft und der an Foucault orientierten gouvernementalitätstheoretischen Gesellschaftsanalysen plausibel machen, auch ein neues Kindheitskonzept in den Vordergrund: das „child at risk“ (Lubeck und Garrett 1990; Nybell 2001; Parton 2008; Dekker 2009; Lee, Macvarish und Bristow 2010; Drößler, Robert und Hein 2011; Lupton 2012, 2013; Betz und Bischoff 2013).

Dieses ‚child at risk‘ ist mit dem ‚normalen Kind‘ aufs Engste verbunden, denn es beschreibt gleichsam die andere Seite der ‚Normalitätsmedaille‘, da graduelle Normalitätskonzepte die wahrscheinlichkeitsbasierten Risikomodelle erst möglich machen (vgl. Turmel 2008a). Jedoch verändert die derzeit zu beobachtende semantische Aktivierung der Risikoseite auch die Vorstellungen zur normalen kindlichen Entwicklung, da mit der zunehmenden Fokussierung auf ‚children at risk‘ eine Entgrenzungstendenz verbunden ist, die dazu führt, dass immer mehr Aspekte der kindlichen Entwicklung als riskant klassifiziert, zunehmend mehr Risikofaktoren eingebunden und darüber tendenziell alle Kinder als in ihrer Entwicklung potentiell gefährdet entworfen werden (vgl. Dekker 2009; Lupton 2013).

In dieser Fokussierung auf das ‚child at risk‘ kommt entsprechend nicht nur eine Ausweitung der Grenzzone zwischen normal/nicht-normal zum Ausdruck, wie es die Theorie des flexiblen Normalismus bei Link (2008) beschreibt. Vielmehr bildet, wie Parton (2008) für die britische Ausweitung von Kinderbeobachtungen herausstellt, die ‚normale Entwicklung‘ gar nicht mehr den Gegenpol des child-at-risk, sondern die ‚optimale Entwicklung‘ jedes einzelnen Kindes. Auch Nadesan (2010) hebt diese Verschiebung von der normalen hin zur *optimalen individuellen* Entwicklung als Bezugspunkt staatlicher wie privater Bemühungen hervor, wobei die von ihr skizzierte generelle Optimierungskonzeption sich nicht mehr auf nur auf konkrete Lebenslagen bezieht, die das ‚child-at-risk‘ konstituieren, sondern die nicht-optimale individuelle Entwicklung selbst als das Risiko bestimmt wird, vor deren Hintergrund Kinder nun intensiver beobachtet und daraufhin individuell gefördert werden sollen (vgl. Kap. 1).

6.2 Neukonfigurierung der Entwicklungskindheit: die präventive Universalisierung des ‚child-at-risk‘

An der gesellschaftlichen Formierung von Kindheit als einer risikobehafteten Phase der Entwicklung von Kindern hat die präventive Dynamik im entwicklungsdiagnostischen Feld selbst entscheidenden Anteil. Denn wie Bröckling (2008) herausarbeitet, realisiert sich die Prävention vor allem über das „Prinzip des Latenthaltens: Gesundheit kennt sie nur als Abwesenheit von Krankheit, Sicherheit nur als Ausbleiben von Verbrechen, Frieden nur als Nicht-Krieg“ (ebd.: 39) und wie man für dieses Feld ergänzen könnte: optimale Entwicklung nur als Abwesenheit von Gefährdungen der Entwicklung. Durch dieses Latenthalten bleibt der Gegenstandsbereich vorbeugenden Handelns offen und nimmt, so Bröckling weiter, „erst im Zugriff selbst Gestalt an. Indem Prävention, um überhaupt gezielt intervenieren zu können, einen Ausschnitt aus der Wirklichkeit herauslöst und Zusammenhänge zwischen gegenwärtigen Phänomenen und künftigen Ereignissen oder Zuständen postuliert, konstruiert sie ihr eigenes Aktionsfeld“ (ebd., vgl. Bollig und Kelle 2013). Der Ausbau präventiver Entwicklungs-

beobachtungen ist entsprechend weniger als Reaktion, denn als ein treibendes Element dieser gesellschaftlichen Konzeption des ‚child-at-risk‘ zu verstehen.³ Mit diesem Ausbau der Entwicklungsüberprüfungen, dies hat Bühler-Niederberger (1991) bereits für das „Expertenprojekt“ Legasthenie nachgewiesen, etabliert sich nämlich eine „Logik des Verdachts“ (Bühler-Niederberger 2005) gegenüber allen Kindern, weil diese auch ohne vorliegende Symptome bereits als „not-yet-patients“ (Swaan 1990) konstituiert werden. Jede Entwicklungsüberprüfung, so lässt sich im Anschluss daran formulieren, geht entsprechend nicht nur von der latenten Annahme eines Entwicklungsrisikos aus, sondern aktiviert auch jedes Mal aufs Neue die Möglichkeit, dass eine Normabweichung entdeckt werden könnte – und trägt somit zur Perpetuierung eines diffusen Risikobewusstseins bei.

Diese Universalisierung des ‚child at risk‘ muss dabei aber auch in Zusammenhang mit der zunehmenden Orientierung an individuellen Normalitätsmaßstäben gestellt werden, welche die medizinisch-psychologischen wie pädagogischen Konzeptionen von Entwicklung seit den 1970er Jahren einer massiven Transformation unterworfen hat. Hultqvist (1998) spricht in diesem Zusammenhang von einem Übergang vom universalen („universal“) zum autonomen Kind („autonomous child“), bei dem sich die entwicklungsförderlichen Aufgaben nicht mehr an externen Normen, sondern an der Potenzierung individueller Leistungen zu orientieren haben (vgl. auch Kaščák und Pupala 2013). In pädagogischen Zusammenhängen führe diese an aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse gebundene individualisierende Sichtweise sogar zu einer Orientierung am ‚normalen Superkind‘, wie Kaščák und Pupala (ebd.) in Bezug auf Nadesan (2002) postulieren. Im psychologisch-medizinischen Feld werden solche individuellen Maßstäbe vor allem an eine Konzeption von Entwicklung gebunden, in welcher Variabilität „als besonders verlässliches Charakteristikum der kindlichen normalen Entwicklung“ (Michaelis und Niemann 1992) angesehen wird. Entwicklungsverläufe werden, wie auch in Bollig (2010) aufgezeigt, als adaptive Prozesse verstanden, die sowohl individuell, systemisch, ökologisch als auch evolutionär bedingt sind (vgl. ebd.) und bei denen auf individueller Ebene einzelne Entwicklungsschritte unabhängig nebeneinander laufen können. Linear und hierarchisch aufgebaute Entwicklungsnormen verlieren dabei nicht ihre Gültigkeit, werden aber vor allem im Sinne von Grenzsteinkonzepten eingebunden. Die Entscheidung, ob Entwicklungsprozesse normal verlaufen oder nicht, wird dadurch entlang intraindividuellen Maßstäbe und einer intensiven Beobachtung der individuellen Entwicklungsverläufe in der Schwebe gehalten, was diese ‚individuellen‘ Prozesse dann gleichzeitig aber auch als ‚potentiell riskant‘ codiert (vgl. Bollig und Ott 2008; Bollig 2013; Bollig und Kelle 2013).

Mit Bezug auf das heterogene Feld der Entwicklungsdiagnostik spielt in die Entgrenzung des ‚child-at-risk‘ aber auch hinein, dass sich mit dem Ausbau der professionellen Beobachtung von Kindern die Bezugspunkte entwicklungsdiagnostischer Maßnahmen (Gesundheit, Bildung, Kinderschutz) nicht nur dynamisiert, sondern auch tendenziell ineinander verschoben haben. Diese Verschiebung lässt sich gut bereits an dem Funktionswandel von den Kinder-vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen ablesen (vgl. Kapitel 1.2). Für beide Untersuchungen ist dabei eine allgemein orientierende Entwicklungsdiagnostik in den Vordergrund

³ Mit Link (2008) lässt sich dies zudem als Effekt der grundlegenden Ambivalenzen normalistischer Verdachtsstrategien beschreiben, für die er das Feld der medizinischen Entwicklungsbeobachtung mit seiner engen Koppelung von epidemiologischer und fallbezogener Datenerzeugung als einen paradigmatischen Fall ansieht. Die präventive Orientierung an datenbasierten Normalverteilungen (also statistisch konstruierten Entwicklungsnormen) führe hier dazu, dass alle Kinder, auch die gesunden dauerhaft unter Beobachtung gestellt werden müssten. Auf die rekursiven Effekte der epidemiologischen Dauerbeobachtung von Kindern hat Kelle (2008) aufmerksam gemacht.

gerückt, welche sich jedoch mit Aufgaben der frühen Förderung, der Epidemiologie und des Kinderschutzes verknüpft. Dieses Ineinandergreifen von unterschiedlichen Bezugspunkten der Prävention lässt sich aber auch an den Durchführungen der Beobachtungsprogramme selbst ablesen. Kelle und Ott (2009) zeigen dies beispielsweise für die miteinander verschränkten, sich aber auch gegenseitig dynamisierenden Konzepte von ‚Bildung‘ und ‚Entwicklung‘ in der konkreten Durchführung von Kindervorsorgeuntersuchungen auf. Betz und Bischoff (2013) sprechen in Bezug auf die gesellschaftliche Formierung von ‚children at risk‘ daher von einer „Vielfalt an Diskursen“ (ebd.: 63), die sich sowohl auf einzelne Kinder, ganze Kindergruppen oder potentiell alle Kinder beziehen, und in welchem, wie Nadesan (2010) betont, die Konzepte von Normalität, Abweichung, Optimierung aber auch Bildung, Förderung und Therapie ineinander verschmelzen.

Greift man nun wiederum Turmels Idee eines ‚hybriden Objektes‘ auf, das in Kindheitskollektiven erzeugt, stabilisiert und durchgesetzt wird, so rückt in der von Dekker (2009) als „Century of the Child at Risk“ ausgerufenen Gegenwart, die *potentiell gefährdete Entwicklung* des child-at-risk als ein solches hybrides Objekt in den Vordergrund, über das sich die öffentliche wie private Beobachtung und ‚Bearbeitung‘ von Kindern miteinander vermitteln. Mit den vorgelegten Studien, lässt sich dabei die These formulieren, dass die zentrale Technologie dieses Kindheitskonzepts jedoch nicht mehr die einzelnen Beobachtungstechniken sind – wie die von Turmel hervorgehobenen Wachstums- und Entwicklungstabellen oder die von Foucault hervorgehobenen Observationen der krankmachenden Aktivitäten der Kinder durch ihre Eltern – *sondern vielmehr der Ausbau und die Durchführungslogik der professionellen Entwicklungsüberprüfungen selbst.*

6.3 Die Institutionalisierung prekärer Entwicklungskindheit in den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung

Wie in den vorgelegten Studien für das Feld der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen analysiert wurde, stabilisieren die professionellen Entwicklungsüberprüfungen durch ihre präventive Operationsweise die ‚Logik des Verdachts‘ und konstituieren damit das ‚child-at-risk‘ auf einer praktischen Ebene. In den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen tragen dazu vor allem die Ambivalenzen der Beobachtungsprogramme bei, welche einerseits in das Spannungsverhältnis von Früherkennung und individueller Entwicklungsbeurteilung und zum anderen in das Spannungsverhältnis zwischen Behandlungsoptionen und -verantwortlichkeiten eingelagert sind. In der Spannung von Früherkennung und individueller Beurteilung präkarisiert sich die ‚normale‘ Entwicklung dadurch, dass sie unter der Maßgabe individueller Entwicklungsbeurteilungen nur in einem Wechselspiel von Abweichungsdarstellungen und Normalisierungen ‚attestiert‘ wird (vgl. Bollig und Ott 2008; Bollig und Kelle 2013). Zudem führt die in diese Darstellung von Entwicklungsverläufen eingewobene Virtualisierung zukünftiger Entwicklungschancen und -risiken dazu, dass der Ausweis normaler Entwicklung lediglich ‚auf Kredit‘ gewährt werden kann (vgl. Bollig 2010). In der Spannung zwischen Behandlungsoptionen und -verantwortlichkeiten führt die präventive Codierung der Untersuchungen zudem dazu, dass vor allem implizite Risiken kindlicher Entwicklung informell enaktiert werden (vgl. Bollig und Kelle 2013).

Insofern zeigen die vorgestellten Studien auf, dass die Normalisierung ‚riskanter Kindheit‘ nicht lediglich von den Programmen und politischen Strategien der Riskantsetzung von Kindheit bestimmt wird, die Parton (2008), Dekker (2009) und Betz und Bischoff (2013) hervorheben. Vielmehr sind die Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen als gesell-

schaftliche Institutionen zu verstehen, in denen sich das Konzept des ‚child-at-risk‘ alltäglich an konkreten Kindern und über die Vollzuglogik der Entwicklungsüberprüfungen selbst plausibilisiert und zwar auch, wenn – wie für die meisten Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen – die Beobachtungen damit enden, dass die Entwicklungsprozesse der Kinder als ‚normal‘ ausgewiesen werden.

In diesem Zusammenhang sind die medizinischen Früherkennungsuntersuchungen entsprechend als besondere praktische Kontexte zu verstehen, in denen dieses ‚child-at-risk‘ konstituiert wird und in denen sich die öffentliche und private Beobachtung von Kindern mediatisiert. Denn sie stellen infrastrukturelle Untersuchungen dar, an denen alle Kinder teilnehmen und bringen als „Breitband-Screenings“ (Kelle und Ott 2009) vielfältige standardisierte wie informelle Mittel der Entwicklungsüberprüfung zum Einsatz. Zudem binden sie die Eltern unmittelbar in die medizinische Beobachtung der Kinder mit ein. Dies ermöglicht es, wie in kaum einer der anderen eingangs benannten Entwicklungsüberprüfungen im heterogenen Feld der Entwicklungsbeobachtung, entwicklungsbezogene Normalitätsstandards, Risiken und abweichende Befunde in der unmittelbaren Präsenz der Eltern und in Interaktion mit ihnen zur Darstellung zu bringen. Dies stiftet wiederum eigenständige Ressourcen für die Positionierung der Eltern *als Eltern*. Denn diese werden in den Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen vor allem auch als ‚heimische Entwicklungsdiagnostiker‘ adressiert.

Im *praktischen Management der Normalität* wird die optimale Entwicklung der Kinder allerdings nicht einfach nur an Erziehungsnormen und damit verknüpfte Verhaltensregeln gebunden, wie es Foucault für die hygienische Konstruktion der beobachtenden Kleinfamilie vor Augen hatte. Vielmehr wird das hybride Beobachtungsobjekt ‚Entwicklung‘ hier als ein Beobachtungsprojekt enaktiert, welches von den Eltern eine gekonnte Beobachtung ihrer Kinder in einem zweifach aufgebauten Spannungsfeld verlangt: Zum einen in der Spannung von allgemeinen Entwicklungsnormen und den individuellen Entwicklungsverläufen der Kinder (vgl. Bollig 2008a; Bollig und Ott 2008; Bollig 2010, 2013); zum anderen in der Spannung von kindlichen Bedürfnissen und familiärem (und elterlichem) Lebensalltag (vgl. Bollig und Tervooren 2009; Bollig 2013). In den *Beobachtungsbühnen* der Untersuchungen wird dazu die Fremdbeobachtung der Kinder und Eltern (vgl. Bollig 2010) durch das medizinische Personal mit der Selbstbeobachtung der Eltern unmittelbar verknüpft. Dabei üben sich die Eltern in die risikobezogene Beobachtung ihrer Kinder ein (vgl. Bollig und Ott 2008) und werden auch in ihren Selbstbeobachtungskompetenzen angesprochen (vgl. Bollig und Tervooren 2009; Bollig und Kelle 2013).

Insofern zeigt die hier vorgelegte Praktikenanalyse der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen nicht nur auf, wie diese Untersuchungen in ihrem Vollzug ihr hybrides Beobachtungsobjekt als ‚potentiell gefährdete Entwicklung‘ hervorbringen. Sie legt ebenfalls offen, in welcher eigenständiger Weise die Praktiken der Entwicklungsbeobachtung zum Wandel des kindbezogenen Familienkonzeptes beitragen, der mit dieser gesellschaftlichen Hervorbringung von Risikokindheit aufs engste verbunden ist (vgl. Hensen und Schone 2009; Lupton 2013). Mit Gillies (2011; 2012) lässt sich dieser Wandel als ein „shift from function to competence“ bezeichnen.⁴ Als zentrales Moment dieses shifts stellt Gillies heraus, dass in der gesellschaftlichen Adressierung von Familie diese nicht mehr in ihrem Funktionsbezug

⁴ In der internationalen Debatte wird diese gesellschaftliche Konfigurierung meist unter Schlagworten der „intense parenting ideology“ Lee (2008), Romagnoli und Wall (2012), einer neuen „parenting culture“ (Lee, Macvarish und Bristow 2010) oder der „politicization of parenthood“ (Richter und Andresen 2012c) diskutiert.

für Kinder und die Gesellschaft thematisiert wird, sondern die Erziehung und Sorge für Kinder in den Familien nun vor allem als ein Projekt adressiert wird, das ein spezifisches Wissen voraussetzt: „as a complex skill which must be learnt. ‘Knowledge’ about childrearing is now portrayed as a necessary resource which parents must have access to in order to fulfill their moral duty as good parents” (Gillies 2011: Abschnitt 6.2; vgl. auch Hungerland 2003). Im Kontext der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen wird dieses erforderliche elterliche Wissen nun jedoch vor allem als ein *Beobachtungswissen* eingefordert und stimuliert. Dies geschieht sowohl mit Blick auf eine fortlaufende Entwicklungsbeobachtung der Kinder durch ihre Eltern (vgl. dazu auch Kelle und Seehaus 2010), der Koordinierung von professionellen wie privaten Beobachtungspraxen zwischen Eltern und Professionellen (vgl. dazu auch Liebsch et al. 2013), als auch über die Selbstbeobachtung der Eltern von *sich selbst als Eltern*. In den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen ‚materialisiert‘ sich Entwicklung somit als Beobachtungs*projekt*, das nicht nur immer weitere Beobachtungen der kindlichen Entwicklung als notwendig erscheinen lässt, sondern in diese Konzeptualisierung von Entwicklungskindheit die Beobachtungskompetenz der Eltern als maßgebliches Kriterium für eine optimale Entwicklung einschreibt.

Dass jedoch nicht alle Eltern über diese Beobachtungskompetenz verfügen, wird in den Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen bereits über das „Präventionsspiel der Untersuchungen“ (Bollig 2009) selbst sichtbar. Dieses funktioniert nämlich nur dann reibungslos, wenn die Eltern sich selbst auf ihre Rolle in den Untersuchungen hin beobachten (vgl. Bollig 2008a) und ihre eigenen Erziehungs- und Sorgepraxen ins Verhältnis zu medizinischem Entwicklungswissen und gesellschaftlichen Präventions- und Erziehungsdiskursen setzen (vgl. insbesondere Bollig und Tervooren 2009). Um die ungleichheitsbezogenen Momente dieser Vollzugslogik der präventiven Entwicklungsbeobachtung, in der die Eltern immer schon als ‚Mitspieler‘ vorausgesetzt werden, jedoch genauer zu eruieren, wären weitere Studien erforderlich. Die hier vorgelegte Studien liefern empirische Hinweise dafür, dass es in Bezug auf die Familien bzw. Elternteile, die diese ‚bürgerliche‘ Codierung des Präventionsspiels der Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen nicht beherrschen, zu einer Re-Differenzierung der miteinander verwobenen Bezugspunkte der Prävention kommt. Dies geschieht beispielsweise dadurch, dass die Aufgabe der Krankheitsfrüherkennung von der Aufgabe der frühfördernden Entwicklungsbeobachtung entkoppelt wird (vgl. Bollig 2013) und sich die Kinder- und Schulärzte auf den Bereich konzentrieren, der qua gesetzlicher Aufgabenzuschreibung und mit Blick auf ihr Professionsverständnis in ihren Verantwortungsbereich fallen. Daraus resultiert dann auch eine Entkoppelung der Aufgaben der Früherkennung von Krankheiten auf der einen und der individuellen Entwicklungsbeobachtung auf der anderen Seite.

Weitere Forschungsarbeiten könnten in diesem Zusammenhang nun die Frage fokussieren, ob sich in dem Beobachtungsprojekt ‚Entwicklung‘ die moderne Konzeption von Kindheit als einem bürgerlichen Gesellschaftsprojekt (vgl. Honig 2006) fortsetzt, oder ob in den Praxen der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen nicht doch auch differentielle Entwicklungskindheiten praktisch hervorgebracht werden, je nach dem in welchen sozialräumlichen Milieus die Arztpraxen liegen oder mit welchen Herkunftsmilieus die Kinder und Eltern vom medizinischen Personal attribuiert werden. Dazu ließe sich an die von Zinnecker (2004) hervorgehobene Ausdifferenzierung von unterschiedlichen Kindheitsmoratorien (moderne, postmoderne, traditionell und fundamental modern) anschließen, die, wie er aufzeigt, nicht nur historisch sondern auch in der Gegenwart gleichzeitig virulent sind. Mit Zinneckers Über-

legungen ließe sich entsprechend nicht nur eine Skepsis gegenüber der oben hervorgehobenen Dominanz einzelner Kindheitskonzepte (pathologisch, normal, ‚at risk‘) formulieren, sie stützen auch die These, dass sich nicht nur einzelne Kindergruppen (bspw. Migranten/Authochtöne) ungleich zueinander positionieren (vgl. Betz 2008), sondern auch die praktizierten Kindheitskonzepte selbst.

Zur Aufklärung dieser Frage, könnte an ungleichheitstheoretische Studien angeschlossen werden, die aufzeigen, wie praktizierte familiäre und frühpädagogische Konzeptionen von Entwicklungs-kindheit entlang der Klassen- bzw. Schichtzugehörigkeit der Akteure und der sozialräumlichen Verortung von Familien, Schulen und Kindertageseinrichtungen variieren (bspw. Lareau 2003; Nelson und Schutz 2007). Das hier präsentierte Analysemodell der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung (Beobachtungskollektive, -programme, -optionen und -bühnen) wäre mit Blick auf solchen differentiellen einheimischen Entwicklungsbegriffe wiederum geeignet, die Performanz solcher ‚ungleicher Entwicklungs-kindheiten‘ in den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung selbst analytisch herauszuarbeiten.

Eine solche gleichermaßen kindheits- wie ungleichheitstheoretische Erforschung der Praktiken der Entwicklungsbeobachtung scheint mir auch deshalb angezeigt, weil die Beobachtungen von über 100 Kindervorsorgeuntersuchungen im DFG-Projekt „Kinderkörper in der Praxis“ in der Tendenz einen Befund aus einer bereits 25 Jahre alten Studie zu den Kindervorsorgeuntersuchungen bestätigen (vgl. Ehrlich et al. 1988), nämlich, dass die Vorsorgen bei den Kindern am längsten dauern, wo das Kind gesund und gut entwickelt ist und die Eltern aus der Mittelschicht stammen. Meine Studien legen hinsichtlich der Persistenz dieses Strukturmusters entsprechend die These nahe, dass sich die Interaktionsdynamik in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen weniger über die von Bittlingmayer (2008) für staatliche Vorsorgestrategien hervorgehobene Trias aus „producing – blaming – activating the victim“ (ebd.: 254) aufbaut, sondern vielmehr aus einer praktischen Logik, in der sich die Mittelschicht über ihre Prämissen zur Entwicklungs-kindheit versichert. Und dies im doppelten Bezugspunkt des Begriffes ‚Entwicklungs-kindheit‘, also sowohl in Bezug auf die Frage was unter Entwicklung zu verstehen ist, als auch in welcher Weise die Eltern dazu beizutragen haben.

Zunächst kann also vor allem festgehalten werden, dass entlang der von mir herausgearbeiteten Praktiken der Entwicklungsbeobachtung, die Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen als praktische Orte der Institutionalisierung von Entwicklungs-kindheit zu verstehen sind, da in ihnen „die soziale Organisation der Erziehungsaufgabe“ (Honig 1999) wissenschaftsbasiert bearbeitet wird. Ihren spätmodernen Charakter (vgl. Beck und Beck-Gernsheim 2002) entfalten die Untersuchungen dabei indem sie die Entwicklung der Kinder immanent als riskant entwerfen, womit der Projektcharakter der modernen Kindheitsidee sich gleichermaßen perpetuiert wie transformiert: als ein individuelles, soziales wie auch gesellschaftliches Projekt der Vervollkommnung (vgl. Bühler-Niederberger 2001; Honig 2006; Tervooren 2008), das sich darüber selbst plausibilisiert, dass es über seine ‚Kerntechnologie‘ der kontinuierlichen, präventiven Entwicklungsbeobachtung der Kinder, nicht nur deren Status als prekär definiert, sondern auch den ihrer Eltern.

7. Literaturverzeichnis

- Aarsand, P. (2007). Computer and Video Games in Family Life: The digital divide as a resource in intergenerational interactions. *Childhood. A Global Journal of Child Research*, 14(2), 235–256.
- Ader, S. (2006). *Was leitet den Blick? Wahrnehmung, Deutung und Intervention in der Jugendhilfe*. Weinheim ; München: Juventa.
- Agi, I., Hennemann, T., & Hillenbrand, C. (2010). Kindliche Verhaltensauffälligkeiten aus der Sicht von Erzieherinnen: Ergebnisse einer Befragung an Kindertageseinrichtungen in NRW. *Zeitschrift für Heilpädagogik*(2), 44–50.
- Alanen, L. (2005). Kindheit als generationales Konzept. In H. Hengst & H. Zeiher (Hrsg.), *Kindheit soziologisch* (S. 65–81). Wiesbaden: VS Verlag.
- Alanen, L. (2009). Generational Order. In J. Qvortrup, W.A. Corsaro, & M.-S. Honig (Hrsg.), *The Palgrave Handbook of childhood studies* (S. 159–174). Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Alkemeyer, T. (2009). Lernen und seine Körper. Zur Konstitution, Transformation und Performanz von Habitus in Bildungspraktiken. In B. Frieberthäuser, M. Rieger-Ladich, & L. Wigger (Hrsg.), *Reflexive Erziehungswissenschaft: Forschungsperspektiven im Anschluss an Pierre Bourdieu* (S.119–142). Wiesbaden: VS Verlag.
- Alkemeyer, T., & Pille, T. (2008). Schule und ihre Lehrkörper. Das Referendariat als Trainingsprozess. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*(2), 137–154.
- Allhoff, P., & Weidtmann, V. (2000). Präventive Untersuchungen im Säuglings- und Kindesalter. In P. Allhoff, G. Flatten, & U. Laaser (Hrsg.), *Krankheitsverhütung und Früherkennung: Handbuch der Prävention* (S. 113–125). Berlin: Springer.
- Althans, B. (2009). Performativität. In M. Göhlich (Hrsg.), *Der Mensch als Maß der Erziehung. Festschrift für Christoph Wulf* (S. 107–121). Weinheim u.a: Beltz.
- Amann, K. (1997). Ethnografie jenseits von Kulturdeutung. Über Geigespielen und Molekularbiologie. In S. Hirschauer & K. Amann (Hrsg.), *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnografischen Herausforderung soziologischer Empirie* (S. 298–330). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Amann, K., & Hirschauer, S. (1997). Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In S. Hirschauer & K. Amann (Hrsg.), *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnografischen Herausforderung soziologischer Empirie* (S. 7–52). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Anke, B. (2004). *Evaluation von Verfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen bei zweijährigen Kindern*. München: Dissertation, LMU München: Medizinische Fakultät.
- Armstrong, D. (1983). *Political anatomy of the body: Medical knowledge in Britain in the Twentieth century*. Cambridgeshire, New York: Cambridge University Press.
- Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health and Illness*, 17(3), 393–404.
- Armstrong, D. (2002). *A new history of identity: A sociology of medical knowledge*. Houndmills: Palgrave.
- Aronson, K., & Rundström, B. (1988). Child discourse and parental control in pediatric consultations. *Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 8(3), 159–190.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2010). *Bildung in Deutschland 2010: Ein indikatoren-gestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demografischen Wandel*. Bielefeld: Bertelsmann. http://www.bildungsbericht.de/daten2010/bb_2010.pdf. Zugriffen: 10.04.2011.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2012). *Bildung in Deutschland 2012: Ein indikato-rengestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf"*

- Bielefeld: Bertelsmann. http://www.bildungsbericht.de/daten2012/bb_2012.pdf. Zugriffen: 12.06.2013.
- Balzer, N., & Bergner, D. (2012). Die Ordnung der 'Klasse'. Analysen zu Subjektpositionen in unterrichtlichen Praktiken. In N. Ricken & N. Balzer (Hrsg.), *Judith Butler. Pädagogische Lektüren* (S. 247–280). Wiesbaden: VS Verlag.
- Barquero, B., & Geier, B. (2008). Elterliches Erziehungsverhalten. Wie werden kindliche Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsmerkmale beeinflusst? In C. Alt (Hrsg.), *Kinderleben Individuelle Entwicklungen in sozialen Kontexten: Band 5: Persönlichkeitsstrukturen und ihre Folgen* (S. 125–149). Wiesbaden: VS Verlag.
- Beck, G., & Scholz, G. (1995). *Beobachten im Schulalltag. Ein Studien- und Praxisbuch*. Frankfurt am Main.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, U., & Elisabeth Beck-Gernsheim (Hrsg.) (2002). *Individualization. Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. Thousand Oaks et al.: Sage Publications.
- Beller, K., & Beller, S. (2010). *Kuno Bellers Entwicklungstabelle, Modifizierte Fassung vom Juli 2000*. Berlin: Eigenverlag.
- Berg, E., & Fuchs, M. (Hrsg.) (1999). *Kultur, soziale Praxis, Text: Die Krise der ethnographischen Repräsentation*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Berg, M. (1996). Practices of Reading and Writing: the Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work. *Sociology of Health and Illness*, 18(4), 499–524.
- Berg, M., & Mol, A. (Hrsg.) (1998). *Differences in medicine: unraveling practices, techniques, and bodies*. Durham u.a.: Duke University Press.
- Bergmann, J. (2006). Studies of Work. In R. Ayaß & J. Bergmann (Hrsg.), *Qualitative Methoden der Medienforschung* (S. 391–405). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Bermaoui, J., Marten, C., Ostner, I., Sembritzki, T., & Stolberg, C. (2012). *Parenting programmes in Germany – an overview*. <http://www.uni-goettingen.de/en/publications/264227.html>. Zugriffen: 21. August 2012.
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) (2004). Konsequenzen der PISA-Studie: Bildung von Anfang an!: Pressemitteilung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte zur Pressekonferenz am 24.03.2004. <http://www.kinderaerzte-solingen.de/aktuelles/archiv2004-/pisa.html>. Zugriffen: 11. April 2010.
- Betz, T. (2008). *Ungleiche Kindheiten: Theoretische und empirische Analysen zur Sozialberichterstattung über Kinder*. Weinheim Basel: Juventa.
- Betz, T. (2010a). Kindertageseinrichtung, Grundschule, Elternhaus: Erwartungen, Haltungen und Praktiken und ihr Einfluss auf schulische Erfolge von Kindern aus prekären sozialen Gruppen. In D. Bühler-Niederberger, J. Mierendorff, & A. Lange (Hrsg.), *Kindheit zwischen fürsorglichem Zugriff und gesellschaftlicher Teilhabe* (S. 117–144). Wiesbaden: VS Verlag.
- Betz, T. (2010b). Kompensation ungleicher Startchancen: Erwartungen an institutionalisierte Bildung, Betreuung und Erziehung für Kinder im Vorschulalter. In P. Cloos & B. Karner (Hrsg.), *Erziehung und Bildung von Kindern als gemeinsames Projekt. Zum Verhältnis familialer Erziehung und öffentlicher Kinderbetreuung* (S. 113–134). Hohengehren: Schneider Verlag.
- Betz, T., & Bischoff, S. (2013). Risikokind und Risiko Kind: Konstruktionen von Risiken im politischen Berichten. In H. Kelle & J. Mierendorff (Hrsg.), *Normierung und Normalisierung der Kindheit* (S. 60–81). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Bittlingmayer, U.H. (2008). Blaming, Producing und Activating the Victim: Materialistisch inspirierte Anmerkungen zu verdrängten Dimensionen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit. In G. Hensen & P. Hensen (Hrsg.), *Gesundheitswesen und Sozialstaat: Gesundheitsförderung zwischen Wirklichkeit und Anspruch*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Bloch, M. (2000). Governing Teachers, Parents, and Children through Child Development Knowledge. *Human Development*, 43, 257–265.
- Bloch, M.N., & Popkewitz, T.S. (2000). Constructing the parent, teacher, and child: Discourses of development. In L.D. Soto (Hrsg.), *The politics of early childhood education*. New York et al.: Peter Lang Publishers.

- Bloor, D. (1991). *Knowledge and Social Imagery*. Chicago: University Press.
- Boer, H. de (2012). Beobachtung und Professionalisierung. In H. de Boer & S. Reh (Hrsg.), *Beobachtung in der Schule - Beobachten lernen* (S. 301–310). Wiesbaden: VS Verlag.
- Boer, H. de, & Reh, S. (Hrsg.) (2012). *Beobachtung in der Schule - Beobachten lernen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I., & Nohl, A.-M. (Hrsg.) (2007). *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Bollig, S. (2008a). "Praktiken der Instrumentierung". Methodologische und methodische Überlegungen zur ethnografischen Analyse materialer Dokumentationspraktiken in kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 28(3), 301–315.
- Bollig, Sabine (2008b): Geburt revisited - Darstellungen von Geburt in Schuleingangsuntersuchungen. In Wulf, Christoph, Hänisch, Anja & Brumlik, Mischa (Hrsg.), *Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder* (S. 270–282). München: Fink Verlag
- Bollig, S. (2008c). Rezension zu: Peter Cloos & Werner Thole (Hrsg.) (2006). Ethnografische Zugänge. Professions- und adressatInnenbezogene Forschung im Kontext von Pädagogik. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 9(2), Art. 9 [26 Absätze].
- Bollig, S. (2009). *Generationale Ordnung und Prävention – Zur Normalisierung von Familienkindheit in Kindervorsorgeuntersuchungen.*, Symposium: Gesundheit im Spiegel von Familie: Zwischen familialem Eigensinn, sozialer Bildung und (sozial)pädagogischer Kontrolle. 7. Bundeskongress Soziale Arbeit, Universität Dortmund, 09/2009.
- Bollig, S. (2010). Die Eigenzeiten der Entwicklung(sdiagnostik). In H. Kelle (Hrsg.), *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik* (S. 95–132). Opladen: Budrich.
- Bollig, S. (2011). Notizen machen, Bögen ausfüllen, Geschichten schreiben: Analytische Perspektiven auf die materialen Praktiken der bildungsbezogenen Beobachtung von Kindern im Elementarbereich. In P. Cloos & M. Schulz (Hrsg.), *Kindliches Tun beobachten und dokumentieren: Perspektiven auf die Bildungsbegleitung in Kindertageseinrichtungen* (S. 33–48). Weinheim und München: Juventa.
- Bollig, S. (2013). 'Individuelle Entwicklung' als familiales Projekt: Zur Normativität von Normalisierungspraktiken in kindermedizinischen Vorsorgeuntersuchungen. In H. Kelle & J. Mierendorff (Hrsg.), *Normierung und Normalisierung der Kindheit* (S. 99–119). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Bollig, S., & Kelle, H. (2008). Hybride Praktiken. Methodologische Überlegungen zu einer erziehungswissenschaftlichen Ethnographie kindermedizinischer Vorsorgeuntersuchungen. In B. Hünersdorf & C. Maeder, & B. Müller (Hrsg.), *Ethnographie und Erziehungswissenschaft. Methodologische Reflexionen und empirische Annäherungen* (S. 121–130). Weinheim: Juventa.
- Bollig, S., & Kelle, H. (2009). Früherkennung und Prävention von Entwicklungsstörungen. Medizinisierung und Pädagogisierung der frühen Kindheit aus praxisanalytischer Perspektive. In M. Behnisch & M. Winkler (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Naturwissenschaft. Einflüsse, Diskurse, Perspektiven* (S. 42–57). München u.a: Reinhardt.
- Bollig, S., & Kelle, H. (2012). Vergleichen und Kontrastieren. Zur analytischen Konstruktion von Feldern und Vergleichsobjekten in der ethnographischen Forschung. In B. Frieberthäuser, H. Kelle, H. Boller, S. Bollig, C. Huf, A. Langer, M. Ott, & S. Richter (Hrsg.), *Feld und Theorie: Herausforderungen erziehungswissenschaftlicher Ethnographie* (S. 201–216). Leverkusen: Budrich.
- Bollig, S., & Kelle, H. (2013). The implicit construction of 'children at risk': On the dynamics of practise and programme in development screenings in early childhood. *Journal of Early Childhood Research*. Online First. Doi: 10.1177/1476718X13482273
- Bollig, S., Kelle, H., & Seehaus, R. (2012). (Erziehungs-)Objekte beim Kinderarzt. Zur Materialität von Erziehung in Kindervorsorgeuntersuchungen. In K. Priem, G.M. König, & R. Casale (Hrsg.), *Die Materialität der Erziehung. Kulturelle und soziale Aspekte pädagogischer Objekte* (S. 218–237). Weinheim u.a: Beltz.

- Bollig, S., & Neumann, S. (2011). Die Erfahrung des Außerordentlichen. Fremdheit/Vertrautheit als methodisches Differenzial einer Ethnographie pädagogischer Ordnungen. *Zeitschrift für qualitative Forschung*, 12(2), 199–216.
- Bollig, S., & Ott, M. (2008). Entwicklung auf dem Prüfstand: zum praktischen Management von Normalität in Kindervorsorgeuntersuchungen. In H. Kelle & A. Tervooren (Hrsg.), *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung* (S. 207–224). Weinheim: Juventa.
- Bollig, S., & Schulz, M. (2012). Die Aufführung des Beobachtens. Eine praxisanalytische Skizze zu den Praktiken des Beobachtens in Kindertageseinrichtungen. In S. Hebenstreit-Müller & B. Müller (Hrsg.), *Beobachten in der Frühpädagogik. Praxis - Forschung - Kamera* (S. 89–103). Weimar u.a: Das Netz.
- Bollig, S., & Tervooren, A. (2009). Die Ordnung der Familie als Präventionsressource. Informelle Entwicklungsdiagnostik in Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen am Beispiel kindlicher Fernsehnutzung. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 29, 157–173.
- Bongaerts, G. (2007). Soziale Praxis und Verhalten – Überlegungen zum Practice Turn in Social Theory. *Zeitschrift für Soziologie*, 36(4), 246–260.
- Bourdieu, P. (1985). *Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (1999). Narzißtische und wissenschaftliche Reflexivität. In E. Berg & M. Fuchs (Hrsg.), *Kultur, soziale Praxis, Text. Die Krise der ethnographischen Repräsentation* (S. 365–374). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. (2004). Teilnehmende Objektivierung. In E. Ohnacker, F. Schultheiss, & P. Bourdieu (Hrsg.), *Schwierige Interdisziplinarität. Zum Verhältnis von Soziologie und Geschichtswissenschaft* (S. 172–186). Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Bourdieu, P., & Waquant, L.D.J. (1996). *Reflexive Anthropologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Breidenstein, G. (2006). Teilnahme am Unterricht: Ethnographische Studien zum Schülerjob. Wiesbaden: VS Verlag.
- Breidenstein, G., & Hirschauer, S. (2002). Endlich fokussiert? Weder 'Ethno' noch 'Graphie'. Anmerkungen zu Hubert Knoblauchs Beitrag 'Fokussierte Ethnographie'. *Sozialer Sinn* (1), 125–129.
- Breuer, F. (2005). Konstruktion des Forschungsobjekts durch den methodischen Zugriff. In G. Mey (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Entwicklungspsychologie* (S. 57–101). Köln: Kölner Studien Verlag.
- Bröckling, U. (2008). Vorbeugen ist besser ... Zur Soziologie der Prävention. *Behemoth. A Journal on Civilisation*, 1, 38–48.
- Bröckling, U., & Krasmann, S. (2010). Ni méthode, ni approche: Zur Forschungsperspektive der Gouvernementalitätsstudien - mit einem Seitenblick auf Konvergenzen und Divergenzen zur Diskursforschung. In J. Angermüller & S. v. Dyk (Hrsg.), *Diskursanalyse meets Gouvernementalitätsforschung: Perspektiven auf das Verhältnis von Subjekt, Sprache, Macht und Wissen* (S. 23–42). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Bröckling, U., Krasmann, S., & Lemke, T. (Hrsg.)(2004). *Glossar der Gegenwart*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brüggemann, J.H. (1991). *Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter (U1-U9). Erläuterungen für Eltern zum "Gelben Heft"*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Bruni, A. (2005). Shadowing Software and Clinical Records: On the ethnography of Non-Humans and Heterogeneous Contexts. *Organization*, 12(3), 357–378.
- Bueb, B. (2006). *Lob der Disziplin: Eine Streitschrift*. Berlin: List.
- Bühler-Niederberger, D. (1991). *Legasthenie: Geschichte und Folgen einer Pathologisierung*. Opladen: Leske + Budrich.
- Bühler-Niederberger, D. (2001). Makellose Kindheiten und die Konstruktion abweichender Kindergruppen. In I. Behnken & J. Zinnecker (Hrsg.), *Kinder, Kindheit, Lebensgeschichte - ein Handbuch* (S. 601–616). Seelze-Velber: Kallmeyer.

- Bühler-Niederberger, D. (2005). Der Blick auf das Kind - gilt der Gesellschaft. In D. Bühler-Niederberger (Hrsg.), *Macht der Unschuld. Das Kind als Chiffre* (S. 9–22). Wiesbaden: VS Verlag.
- Bühler-Niederberger, D. (2010). Organisierte Sorge für Kinder. Eigenarten und Fallstricke - eine generationale Perspektive. In D. Bühler-Niederberger, J. Mierendorff, & A. Lange (Hrsg.), *Kindheit zwischen fürsorglichem Zugriff und gesellschaftlicher Teilhabe* (S. 17–42). Wiesbaden: VS Verlag.
- Bühler-Niederberger, D. (2011). *Lebensphase Kindheit: Theoretische Ansätze, Akteure und Handlungsräume*. Weinheim: Juventa.
- Bühler-Niederberger, D., Mierendorff, J., & Lange, A. (Hrsg.) (2010). *Kindheit zwischen fürsorglichem Zugriff und gesellschaftlicher Teilhabe*. Wiesbaden: VS Verlag.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002). 11. *Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung: Aufwachsen in öffentlicher Verantwortung*. Eigenverlag. http://www.dji.de/bibs/11_Jugendbericht_gesamt.pdf Zugriffen: 20. Februar 2013.
- BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009). 13. *Kinder- und Jugendbericht*. Eigenverlag. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/13-kinder-jugendbericht,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>. Zugriffen: 12. Februar 2013.
- BMG Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013). Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/P/Praeventionsfoerderungsgesetz/Gesetzentwurf_PfG_Kabinett__130320.pdf. Zugriffen: 15. April 2013.
- Burman, E. (1994). *Deconstructing Developmental Psychology*. London: Routledge.
- Butler, J. (1993). *Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"*. New York: Routledge.
- Büttner, G. (2002). Anlage und Umwelt – ihre Bedeutung für die kindliche Entwicklung. http://www.familien-handbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Kindliche_Entwicklung/s_752.html. Zugriffen: 21. Oktober 2012.
- Cahill, P., & Papageorgiou, A. (2006). Triadic communication in the primary care paediatric consultation: a review of the literature. *British Journal of general Practice* 54(544), 904–911.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Churchill, H., & Clarke, K. (2010). Investing in parenting education: A critical review of policy and provision in England. *Social Policy & Society*, 9(1), 39–53.
- Cloos, P. (2013). Was tun die PädagogInnen? Muster pädagogischen Handels im Alltag. In U. Deinet & B. Sturzenhecker (Hrsg.), *Handbuch offene Kinder- und Jugendarbeit* (S. 61–70). Wiesbaden: Springer VS.
- Cloos, P., Köngeter, S., Müller, B., & Thole, W. (2007). *Die Pädagogik der Kinder- und Jugendarbeit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Cloos, P., & Thole, W. (2006). *Ethnografische Zugänge: Professions- und adressatInnenbezogene Forschung im Kontext von Pädagogik*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P., & Schneider, J.W. (1980). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. St. Louis: Mosby.
- Corsaro, W.A. (1988). Routines in the peer culture of American and Italian nursery school children. *Sociology of education*, 61, 1–14.
- Cremer-Schäfer, H., & Steinert, H. (2000). Soziale Ausschließung und Ausschließungs-Theorien: Schwierige Verhältnisse. In H. Peters (Hrsg.), *Soziale Kontrolle: Zum Problem der Normkonformität in der Gesellschaft* (S. 43–64). Opladen: Leske + Budrich.
- Crossley, J., & Davies, H. (2005). Doctors' consultations with children and their parents: a model of competencies, outcomes and confounding influences. *Medical education*, 39(8), 807–819.
- Dahme, H.J., & Wohlfahrt, N. (2002). Aktivierender Staat. Ein neues sozialpolitisches Leitbild und seine Auswirkungen auf die soziale Arbeit. *Neue Praxis: Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 32, 10–32.

- Dekker, J.J. (2009). Children at risk in history: a story of expansion. *Paedagogica Historica*, 45(1-2), 17–36.
- Depaepe, M. (1993). *Zum Wohl des Kindes? Pädologie, pädagogische Psychologie und experimentelle Pädagogik in Europa und den USA 1890-1940*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Deppermann, A. (2000). Ethnographische Gesprächsanalyse: Zu Nutzen und Notwendigkeit von Ethnographie für die Konversationsanalyse. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 2000(1), 96–124.
- Deres, T. (2001). Die hygienische Fürsorge für das einzelne Kind. Zur Einführung des Schularztsystems in Köln. In Gesundheitsamt Köln (Hrsg.), *100 Jahre im Dienst der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Einführung und Weiterentwicklung des Schularztsystems in Köln* (S. 8–18).
- Diehm, I. (2002). Zur Konstruktion von Problemkindern: Ethnische Unterscheidungen und ihre Bedeutung für Sozial- und Schulpädagogik. In H.M. Griesse, E. Kürsat-Ahlers, R. Schulte, M. Vahedi, & H.-P. Waldhoff (Hrsg.), *Was ist eigentlich das Problem am "Ausländerproblem"? Über die soziale Durchschlagskraft ideologischer Konstrukte* (S. 153–181). Frankfurt am Main: IKO.
- Diehm, I., & Kuhn, M. (2006). 'Doing Race / Doing Ethnicity' in der frühen Kindheit. (Sozial-)Pädagogische Konstruktionen vom Kind und ihre Irritation durch Empirie. In H.-U. Otto & M. Schrödter (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft. Multikulturalismus, Neo-Assimilation, Transnationalität* (S. 140–151). Lahnstein: Neue Praxis.
- Diehm, I., & Panagiotopoulou, A. (Hrsg.) (2011). *Bildungsbedingungen in europäischen Migrationsgesellschaften. Ergebnisse qualitativer Studien in Vor- und Grundschule*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Dimai, B. (2012). *Innovation macht Schule: Eine Analyse aus der Perspektive der Akteur-Netzwerk Theorie*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Diskowski, D. (2009). Die Qualitäts- und die Bildungsdebatte in der Kindertagesbetreuung. Wenig Steuerung - vielfältige Einflussnahmen. *Recht der Jugend und des Bildungswesens*, 57(1), 93–113.
- Dölemeyer, A., & Rodatz, M. (2010). Diskurse und die Welt der Ameisen. Foucault mit Latour lesen (und umgekehrt). In R. Feustel & M. Schochow (Hrsg.), *Zwischen Sprachspiel und Methode. Perspektiven der Diskursanalyse*. (S. 197–220). Bielefeld: transcript.
- Drößler, T., Robert, G., & Hein, S. (2011). Präventive Skepsis oder: „Wo sind wir da hineing geraten?“ Zur Diskussion neuer Anforderungen und Erwartungen an Einrichtungen der Kindertagesbetreuung. In G. Robert, K. Pfeifer, & T. Drößler (Hrsg.), *Aufwachsen in Dialog und sozialer Verantwortung* (S. 119-151). Wiesbaden: VS Verlag.
- Ecarius, J. (2008). *Generation, Erziehung und Bildung: Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ehrlich, M., Heberling, R., Ohrenberg-Antony, G. (Kinderdienst Korbach) (1988). *Analyse der Arzt-Eltern-Interaktion im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder: Abschlussbericht Vorhaben PKE 25 (FKZ--0706225)*. München: GSF.
- Eisentraut, S., & Turba, H. (2013). Norm(alis)ierung im Kinderschutz am Beispiel von Familienhebammen und Sozialpädagogischen FamilienhelferInnen. In H. Kelle & J. Mierendorff (Hrsg.), *Normierung und Normalisierung der Kindheit* (S. 82–98). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Ellegaard, T. (2004). Self-governance and incompetence: Teachers' construction of "The competent Child". In H. Brembeck, B. Johanson, & J. Kampmann (Hrsg.), *Beyond the competent child: Exploring contemporary childhoods in the Nordic welfare societies* (S. 177–198). Roskilde: Roskilde University Press.
- Emerson, R., Fretz, R., & Shaw, L. (1995). *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Esch, K. (2010). *Verhaltensauffällige Kinder in Kindergarten und Grundschule: Die Herne Materialien zur Früherkennung und zum Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten*. Kronach: Link.
- Eßer, F. (2011). Laboratorien der Kindheit Historische Reflexionen Beobachtung und Dokumentation kindlicher Entwicklung. In P. Cloos & M. Schulz (Hrsg.), *Kindliches Tun beobachten und dokumentieren: Perspektiven auf die Bildungsbegleitung in Kindertageseinrichtungen*. (S. 20–32). Weinheim und München: Juventa.

- Esser, G., & Schlack, H.G. (2003). Umschriebene Entwicklungsstörungen: Bedeutung und langfristiger Verlauf. *Kinderärztliche Praxis* 74(5), 304–315.
- Esser, G., & Wyschkon, A. (2011). Umschriebene Entwicklungsstörungen. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendliche* (S. 159–181). Stuttgart, New York: Thieme.
- Ettrich, K.U. (2000). *Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen, Verfahren, Neuentwicklungen, Screenings*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Farrugia, D. (2009). Exploring stigma: medical knowledge and the stigmatisation of parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Sociology of Health & Illness*, 31(7), 1011–1027.
- Fegeler, U. (2004). Alarmierender Anstieg von Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Berliner Ärzte*, 9, 22–24.
- Fegeler, U. (2005). Pädagogik oder Therapie? Zunehmende Entwicklungsstörungen von Klein- und Vorschulkindern. *Frühe Kindheit* (1), ohne Seitenzahl.
- Fehlemann, S. (2009). *Armutsrisiko Mutterschaft: Mütter- und Säuglingsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet 1890-1924*. Essen: Klartext.
- Feuser, G. (1989). Allgemeine integrative Pädagogik und entwicklungslogische Didaktik. *Behindertenpädagogik*, 28(1), 4–48.
- Flender, J. (2005). *Früherkennung von Entwicklungsstörungen durch Erzieherinnen: Überprüfung der Gütekriterien des Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6)*. Dissertation. Universität Dortmund. https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/21557/1/Dissertation_Flender.pdf. Zugegriffen: 23. April 2008.
- Forray, J.M., & Woodilla, J. (2002). Temporal spans in talk: Doing consistency to construct fair organization. *Organization Studies*, 23(6), 899–916.
- Foucault, M. (1977). *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1981). *Archäologie des Wissens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2003a). *Der Wille zum Wissen: Sexualität und Wahrheit, Band 1*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2003b). Vorlesung vom 5. März 1975 (Masturbationsdiskurs). In M. Foucault (Hrsg.), *Die Anormalen: Vorlesungen am Collège de France (1974 - 1975)* (S. 300–343). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2005). *Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Friebertshäuser, B. (1997). Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. In B. Friebertshäuser & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 503–534). Weinheim: Juventa.
- Friebertshäuser, B., Kelle, H., Boller, H., Bollig, S., Huf, C., Langer, A., Ott, M., & Richter, S. (Hrsg.) (2012). *Feld und Theorie: Herausforderungen erziehungswissenschaftlicher Ethnographie*. Opladen: Budrich.
- Friebertshäuser, B., Krüger, H.-H., & Bohnsack, R. (2002). Kinder- und Jugendkultur in ethnographischer Perspektive - Einführung in den Themenschwerpunkt. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*(1), 5–18.
- Friebertshäuser, B., Rieger-Ladich, M., & Wigger, L. (Hrsg.) (2009). *Reflexive Erziehungswissenschaft: Forschungsperspektiven im Anschluss an Pierre Bourdieu*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Fritzsche, B. (2003). *Pop-Fans. Studie einer Mädchenkultur*. Opladen: Leske u. Budrich.
- Fritzsche, B., Idel, T.-S., & Rabenstein, K. (2011). Ordnungsbildung in pädagogischen Praktiken. Praxistheoretische Überlegungen zur Konstitution und Beobachtung von Lernkulturen. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 31(1), 28–44.
- Fröse, S. (1998). *Kieler Einschulungsverfahren*. Weinheim: Beltz-Test.
- Fuchs, P. (2008). Prävention – Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuvorkommenheit. In I. Saake & W. Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin, Studien zur organisierten Krankenbehandlung* (S. 363–378). Wiesbaden.

- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodologie*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Geertz, C. (Hrsg.) (1987). *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Geertz, C. (1990). *Die künstlichen Wilden. Anthropologen als Schriftsteller*. München: Hanser.
- Gehring, P. (2006). *Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens*. Frankfurt, New York: Campus.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2008). Tragende Gründe des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Beschluss über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Einrichtung einer Kinderuntersuchung U7a. http://www.g-ba.de/downloads/40-268-625/2008-05-15-Kinder-U7a_TrG.pdf. Zugriffen: 17.06.2011
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. ("Kinder-Richtlinien"): zuletzt geändert am 16. Dezember 2010. http://www.g-ba.de/downloads/62-492-506/RL_Kinder_2010-12-16.pdf. Zugriffen: 19.09.2011
- Giddens, A. (1997). *Die Konstitution der Gesellschaft: Grundzüge einer Theorie der Strukturierung*. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag.
- Gillies, V. (2005). Raising the 'Meritocracy': Parenting and the Individualization of Social Class. *Sociology*, 39, 835–853. DOI 10.1177/0038038505058368
- Gillies, V. (2011). From Function to Competence: Engaging with the New Politics of Family. *Sociological Research Online*, 16(4), 11. <http://www.socresonline.org.uk/16/4/11.html>> 10.5153/sro.2393. Zugriffen: 17.04.2013.
- Gillies, V. (2012). Family Policy and the Politics of Parenting. From Function to Competence. In M. Richter & S. Andresen (Hrsg.), *The Politicization of Parenthood: Shifting Private and Public Responsibilities in Education and Child Rearing* (S. 13–26). Dordrecht u.a.: Springer.
- Glaser, B.G. (1965). The Constant Comparative Method of Qualitative Analysis. *Social Problems*, 12(4), 436–445.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (1998 [1967]). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Göttingen: H. Huber.
- Goffman, E. (1989). On Fieldwork. *Journal of Contemporary Ethnography*, 18(2), 123–132.
- Goffman, E. (2009). *Wir alle spielen Theater: Die Selbstdarstellung im Alltag*. München: Piper.
- Gomolla, M., & Radtke, F.-O. (2007). *Institutionelle Diskriminierung: Die Herstellung ethnischer Differenz in der Schule*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Goodwin, C., & Goodwin, M. (1996). Seeing as a situated activity. In Y. Engeström & D. Middleton (Hrsg.), *Cognition and communication at work* (S. 61–95). Cambridge u.a.: Cambridge University Press.
- Groenemeyer, A. (2003). Soziale Probleme und politische Diskurse: Konstruktionen von Kriminalpolitik in sozialen Kontexten. In Fakultät für Soziologie (Hrsg.) *Soziale Probleme. Gesundheit und Sozialpolitik. Materialien und Forschungsberichte. Band 3*. Bielefeld: Universität Bielefeld. <http://www.uni-bielefeld.de/sozprob/Soziale%20Probleme%20Nr%203.pdf> Zugriffen: 23.02.2012
- Groenemeyer, A. (2008). Eine schwierige Beziehung – Psychische Störungen als Thema soziologischer Analysen. *Soziale Probleme*, 19(2), 113–135.
- Groppe, C., Harney, K., & Honig, M.-S. (1997). Geschichte der Familie, Kindheit und Jugend. In K. Harney & H.-H. Krüger (Hrsg.), *Einführung in die Geschichte von Erziehungswissenschaft und Erziehungswirklichkeit* (S. 157–181). Opladen: Leske + Budrich.
- Gugutzer, R. (2004). *Soziologie des Körpers*. Bielefeld: transcript.
- Gupta, A., & Ferguson, J. (1997). Discipline and Practice: "The Field" as Site, Method, and Location in Anthropology. In A. Gupta (Hrsg.), *Anthropological locations: Boundaries and grounds of a field science* (S.1–46). Berkeley: University of California Press.
- Hafen, M. (2005a). Sekundärprävention als Früherkennung. Eine Chance für Prävention und Behandlung. *Soziale Arbeit*, 9, 337–343.
- Hafen, M. (2005b). *Systemische Prävention: Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag

- Haffner, J., Esther, C., Münch, H., Parzer, P., Raue, B., Steen, R., et al. (2002). Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive - Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51(9), 675–696.
- Hall, D., & Elliman, D. (2006). *Health for all children*: Oxford University Press.
- Halldén, G. (2005). The metaphors of childhood in a preschool context. AARE The Australian association for research in education, AARE Conference, 25.-27.09.2005, Sydney, 2005. <http://www.aare.edu.au/05pap/hal05001.pdf> Zugriffen: 23.09.2008.
- Hamburg BSG (2007). Kindergesundheit in Hamburg. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG). <http://www.hamburg.de/contentblob/200178/data/kindergesundheitsbericht.pdf> Zugriffen: 23. April 2010.
- Hannken-Illjes, K. (2007). Temporalitäten und Materialitäten. Einleitung zum Themenband Zeit und Diskurs. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8, Art. 29, 8 Absätze. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0701299> Zugriffen: 11.04.2008.
- Hasenfeld, Y. (1972). People Processing Organizations: An Exchange Approach. *American Sociological Review*, 37(3), 256–263.
- Heckler-Schell, A. (2011). *Die Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen bei Kindern im Vorschulalter*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Heinzel, F. (2012). Der Blick auf Kinder. In H. de Boer & S. Reh (Hrsg.), *Beobachtung in der Schule - Beobachten lernen* (S. 173–186). Wiesbaden: Springer VS.
- Heinzel, F., Thole, W., Köngeter, S., & Cloos, P. (Hrsg.) (2010). *"Auf unsicherem Terrain": Ethnographische Forschung im Kontext des Bildungs- und Sozialwesens*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hendrick, H. (1997). *Children, childhood, and English society, 1880-1990*. Cambridge u.a.: Cambridge University Press.
- Hendrick, H. (2010). Late Modernity's British Childhood: Social Investment and the Disciplinary State. In D. Bühler-Niederberger, J. Mierendorff, & A. Lange (Hrsg.), *Kindheit zwischen fürsorglichem Zugriff und gesellschaftlicher Teilhabe* (S. 43-71): VS Verlag.
- Hengst, H. (2008). Kindheit. In H. Willems (Hrsg.), *Lehr(er)buch Soziologie: Für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge Band 2* (S. 551–581). Wiesbaden: VS Verlag.
- Hengst, H. (2013). *Kindheit im 21. Jahrhundert. Differenzielle Zeitgenossenschaft*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Hengst, H., & Zeiher, H. (Hrsg.) (2005). *Kindheit soziologisch*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Henry-Huthmacher, C. (2008). Eltern unter Druck. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Studie. In T. Merkle, C. Wippermann, C. Henry-Huthmacher, & M. Borchard (Hrsg.), *Eltern unter Druck: Selbstverständnisse, Befindlichkeiten und Bedürfnisse von Eltern in verschiedenen Lebenswelten ; eine sozialwissenschaftliche Untersuchung von Sinus Sociovision GmbH im Auftrag der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.* (S. 1–24). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Hensen, G. (2010). Risikofamilien. *Sozial Extra*, 34(3-4), 16–19.
- Hensen, G., & Schone, R. (2009). Familie als Risiko? Zur funktionalen Kategorisierung von "Risikofamilien" in der Jugendhilfe. In C. Beckmann, H.-U. Otto, M. Richter, & M. Schrödter (Hrsg.), *Neue Familialität als Herausforderung der Jugendhilfe* (S. 149–159). Lahnstein: Neue Praxis.
- Heritage, J., & Maynard, D.W. (2006). *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge, UK, New York: Cambridge University Press.
- Hessisches Sozialministerium (HSM) (2006). Hessischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Hessisches Sozialministerium. http://verwaltung.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=10f4c51a55f5412d1ec0b9d3292fd3b0. Zugriffen: 23.07.2009.
- Hess, V. (2002). Die Bildtechnik der Fieberkurve. Klinische Thermometrie im 19. Jahrhundert. In D. Gugerli & B. Orland (Hrsg.), *Ganz normale Bilder: Historische Beiträge zur visuellen Herstellung von Selbstverständlichkeit* (S. 159–180). Zürich: Chronos.
- Hinton, D., Lavery, L., & Robinson J. (2013). Negotiating (Un)healthy Lifestyles in an Era of 'Intensive' Parenting: Ethnographic case studies from North West England, UK. In C. Faircloth, D.M. Hoffman, & L.L. Layne (Hrsg.), *Parenting in global perspective: Negotiating ideologies of kinship, self and politics* (S. 71–85). Abingdon, Oxon, New York, NY: Routledge.
- Hirschauer, S. (1993). *Die soziale Konstruktion der Transsexualität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Hirschauer, S. (2001). Ethnografisches Schreiben und die Schweigsamkeit des Sozialen. *Zeitschrift für Soziologie*(30), 429–451.
- Hirschauer, S. (2004). Praktiken und ihre Körper. Über materielle Partizipanden des Tuns. In K.-H. Hörning & J. Reuter (Hrsg.), *Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis* (S. 72–91). Bielefeld: transcript.
- Hirschauer, S. (2008). Körper macht Wissen. Für eine Somatisierung des Wissensbegriffes. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006* (S. 974–984). Frankfurt am Main: Campus.
- Hirschauer, S., & Amann, K. (Hrsg.) (1997). *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hitzler, R. (1999). Welten erkunden. Soziologie als (eine Art) Ethnologie der eigenen Gesellschaft. *Soziale Welt*, 50, 473–482.
- Hölling, H., Schlack, R., & et. al. (2012). Die KiGGS-Studie: Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch- Institut. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55, 836–842.
- Honig, M.-S. (1999). *Entwurf einer Theorie der Kindheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Honig, M.-S. (2002). *Pädagogik der frühen Kindheit: Institutionen und Institutionalisierung*. Arbeitspapier II - 9. Fachbereich I, Abteilung Pädagogik Universität Trier.
- Honig, M.-S. (2006). Kindheiten. In A. Scherr (Hrsg.), *Soziologische Basics: eine Einführung für Pädagogen und Pädagoginnen* (S.97–100). Wiesbaden: VS Verlag.
- Honig, M.-S. (2008). Das Kind in der Sozialpädagogik. In G. Weigard, M. Böschen, & H. Schulz-Gade (Hrsg.), *Allgemeines und Differenzielles im pädagogischen Denken und Handeln. Grundfragen - Themenschwerpunkte - Handlungsfelder*. (S. 329–344). Würzburg: Ergon.
- Honig, M.-S. (2009a). Das Kind der Kindheitsforschung: Gegenstandskonstitution in den *childhood studies*. In M.-S. Honig (Hrsg.), *Ordnungen der Kindheit. Problemstellungen und Perspektiven der Kindheitsforschung* (S. 25–52). Weinheim: Juventa.
- Honig, M.-S. (Hrsg.) (2009b). *Ordnungen der Kindheit. Problemstellungen und Perspektiven der Kindheitsforschung*. Weinheim und München: Juventa.
- Honig, M.-S. (2010). Beobachtung (früh-)pädagogischer Felder. In G.E. Schäfer & R. Staege (Hrsg.), *Frühkindliche Lernprozesse verstehen: Ethnographische und phänomenologische Beiträge zur Bildungsforschung* (S. 91–101). Weinheim: Juventa.
- Horn, E. (2002). Test und Theater. In U. Bröckling & E. Horn (Hrsg.), *Anthropologie der Arbeit* (S. 109–126). Tübingen: Gunter Narr.
- Hörning, K.-H., & Reuter, J. (Hrsg.) (2004). *Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis*. Bielefeld: transcript.
- Hörster, R., Köngeter, S., & Müller, B. (Hrsg.) (2012). *Grenzobjekte: Jenseits der Differenz-Entwicklungsformen in der Sozialwelt*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Huf, C. (2006). *Didaktische Arrangements aus der Perspektive von SchulanfängerInnen: Eine ethnographische Feldstudie über Alltagspraktiken, Deutungsmuster und Handlungsperspektiven von Schülerinnen und Schülern der Eingangsstufe der Bielefelder Laborschule*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Hultqvist, K. (1998). A History of the Present on Children's Welfare in Sweden: From Fröbel to Present-Day Decentralization Projects. In T. Popkewitz & M. Brennan (Hrsg.), *Foucault's Challenge: Discourse, Knowledge, and Power in Education* (S. 91–116). New York and London: Teachers College Press.
- Hünersdorf, B. (2009). Ethnographie der Erziehungswirklichkeiten. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 29(3), 296–313.
- Hünersdorf, B. (2012). Erziehungswirklichkeit im Spannungsfeld von Systemtheorie und Ethnographie. In B. Friebertshäuser, H. Kelle, H. Boller, S. Bollig, C. Huf, A. Langer, M. Ott, & S. Richter (Hrsg.), *Feld und Theorie: Herausforderungen erziehungswissenschaftlicher Ethnographie* (S. 41–56). Leverkusen: Budrich.
- Hünersdorf, B., Maeder, C., & Müller, B. (Hrsg.) (2008). *Ethnographie und Erziehungswissenschaft: Methodologische Reflexionen und empirische Annäherungen*. Weinheim: Juventa.

- Hünersdorf, B., & Toppe, S. (2011). Familien im Spannungsfeld zwischen Öffentlichkeit und Privatheit. Gesellschaftlicher Kontext und Strategien der Sozialen Arbeit zur Effektivierung (?) der Familie. In Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft. Kommission Sozialpädagogik (Hrsg.), *Bildung des Effective Citizen. Sozialpädagogik auf dem Weg zu einem neuen Sozialentwurf* (S. 209–226). Weinheim: Juventa.
- Hungerland, B. (2003). 'Und so gedeiht das Baby!': altersgerechte Entwicklung und Gesundheit als gesellschaftliche Norm und Leistung. In H. Hengst & H. Kelle (Hrsg.), *Kinder - Körper - Identitäten: Theoretische und empirische Annäherungen an kulturelle Praxis und sozialen Wandel* (S. 139–160). Weinheim: Juventa.
- Hunt, A. (2003). Risk and moralization in everyday life. In R.V. Ericson & A. Doyle (Hrsg.), *Risk and morality* (S. 165–193). Toronto: University of Toronto Press.
- Illich, I. (1984). *Die Nemesis der Medizin: Von den Grenzen des Gesundheitswesens*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Jaeger-Erben, M. (2010). Zwischen Routine, Reflektion und Transformation – die Veränderung von alltäglichem Konsum durch Lebensereignisse und die Rolle von Nachhaltigkeit. Dissertation, Berlin. opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2010/2816/pdf/jaegererben_melanie.pdf. Zugriffen: 20.04.2012.
- Jantzen, W. (2001). Über die soziale Konstruktion von Verhaltensstörungen. Das Beispiel "Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom" (ADS). *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 52(6), 222–231.
- Joos, M. (2006). De-Familialisierung und Sozialpädagogisierung. Eine Rekonstruktion der Kindheitsbilder und politischen Leitideen des Zehnten und Elften Kinder- und Jugendberichts. In S. Andresen & I. Diehm (Hrsg.), *Kinder, Kindheiten, Konstruktionen. Erziehungswissenschaftliche Perspektiven und sozialpädagogische Verortungen* (S. 109–134). Wiesbaden: VS Verlag.
- Jung, P. (2009). *Kindertageseinrichtungen zwischen pädagogischer Ordnung und den Ordnungen der Kinder. Eine ethnografische Studie zur pädagogischen Reorganisation der Kindheit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kahl, H., & Emmel, J. (2002). Der Untersuchungsteil Motorik im Pretest des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. *Das Gesundheitswesen*, 64, 114–118.
- Kalthoff, H. (1997). Fremdenrepräsentation: über ethnographische Arbeiten in exklusiven Internatsschulen. In S. Hirschauer & K. Amann (Hrsg.), *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnografischen Herausforderung soziologischer Empirie* (S. 240–266). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kalthoff, H. (2003). Beobachtende Differenz. Instrumente der ethnografisch-soziologischen Forschung. *Zeitschrift für Soziologie*(32), 70–90.
- Kalthoff, H., Hirschauer, S., & Lindemann, G. (Hrsg.) (2008). *Theoretische Empirie - zur Relevanz qualitativer Forschung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kalthoff, H., & Röhl, T. (2011). Interobjectivity and Interactivity. Material Objects and Discourse in Class. *Human Studies*, 34(4), 451–469.
- Kammermeyer, G. (2000). *Schulfähigkeit: Kriterien und diagnostische/prognostische Kompetenz von Lehrerinnen, Lehrern und Erzieherinnen*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Kaščák, O., & Pupala, B. (2013). Auf dem Wege zum "normalen" Superkind. In H. Kelle & J. Mierendorff (Hrsg.), *Normierung und Normalisierung der Kindheit* (S. 178–194). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kelle, H. (1997). Die Komplexität sozialer und kultureller Wirklichkeit als Problem qualitativer Forschung, 192–208.
- Kelle, H. (2001a). Ethnographische Methode und Probleme der Triangulation. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 21(2), 192–208.
- Kelle, H. (2001b). The Discourse of "Development". How 9 to 12-Year-Old School Children construct 'Childish' and 'Further Developed' Identities within their Peer Culture. *Childhood. A Global Journal of Child Research*, 8(1), 95–114.
- Kelle, H. (2004). Zur Bedeutung der sozialwissenschaftlichen Kindheitsforschung für die Grundschullehrerbildung. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 7(1), 85–102.

- Kelle, H. (2005). Kinder und Erwachsene. Die Differenzierung von Generationen als kulturelle Praxis. In H. Hengst & H. Zeiher (Hrsg.), *Kindheit soziologisch* (S. 83–108). Wiesbaden: VS Verlag.
- Kelle, H. (2006). Bedeutungswandel der ärztlichen Schuleingangsuntersuchungen. *Grundschule aktuell* (93), 24–26.
- Kelle, H. (2007a). „Altersgemäße Entwicklung“ als Maßstab und Soll: Zur praktischen Anthropologie kindermedizinischer Vorsorgeuntersuchungen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 52. Beiheft, 110–122.
- Kelle, H. (2007b). „Ganz normal“: Die Repräsentation von Kinderkörpernormen in Somatogrammen.: Eine praxisanalytische Exploration kinderärztlicher Vorsorgeinstrumente. *Zeitschrift für Soziologie*, 36(3), 199–218.
- Kelle, H. (2008). "Normale" kindliche Entwicklung als kulturelles und gesundheitspolitisches Projekt. In H. Kelle & A. Tervooren (Hrsg.), *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung* (S. 187–205). Weinheim, Basel: Juventa.
- Kelle, H. (2009). Kindliche Entwicklung und die Prävention von Entwicklungsstörungen. Die frühe Kindheit im Fokus der childhood studies. In M.-S. Honig (Hrsg.), *Ordnungen der Kindheit. Problemstellungen und Perspektiven der Kindheitsforschung* (S. 71–102). Weinheim: Juventa.
- Kelle, H. (Hrsg.) (2010a). *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik*. Opladen: Budrich.
- Kelle, H. (2010b). Theoretische und methodologische Grundlagen einer Praxis- und Kulturanalyse der Entwicklungsdiagnostik. In H. Kelle (Hrsg.), *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik* (S. 23–39). Opladen: Budrich.
- Kelle, H. (2013). Normierung und Normalisierung der Kindheit. Zur (Un)Unterscheidbarkeit der Begriffe. In H. Kelle & J. Mierendorff (Hrsg.), *Normierung und Normalisierung der Kindheit* (S. 15–37). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kelle, H., & Breidenstein, G. (1996). Kinder als Akteure. Ethnographische Ansätze in der Kindheitsforschung. *Zeitschrift für Erziehungssoziologie*, 16(1), 47–67.
- Kelle, H., & Jancsó, J. (2010). Kinder als Mitwirkende in medizinischen Vorsorgeuntersuchungen. Zur Enkulturation in entwicklungsdiagnostische Verfahren. In F. Heinzel & A. Panagiotopoulou (Hrsg.), *Qualitative Bildungsforschung im Elementar- und Primarbereich. Bedingungen und Kontexte kindlicher Lern- und Entwicklungsprozesse*. (S. 132–150). Baltmannsweiler, Hoheneggen: Schneider-Verlag.
- Kelle, H., & Ott, M. (2009). Standardisierung der frühen kindlichen "Entwicklung" und "Bildung" in Kindervorsorgeuntersuchungen. In J. Bilstein & J. Ecarius (Hrsg.), *Standardisierung - Kanonisierung. Erziehungswissenschaftliche Reflexionen* (S.141–158). Wiesbaden: VS Verlag
- Kelle, H., Ott, M., & Schweda, A. (2012). Diagnostische und selektive Praktiken in flexibilisierten Einschulungsverfahren. *Zeitschrift für Grundschulforschung (ZfG)*, 5(1), 7–20.
- Kelle, H., & Schweda, A. (i.Ersch.). Differenzdokumentationen und -produktionen am Übergang vom Elementar- zum Primarbereich. In A. Tervooren, N. Engel, M. Göhlich, I. Miethe, & S. Reh (Hrsg.), *Ethnographie und Differenz in pädagogischen Feldern: Internationale Entwicklungen erziehungswissenschaftlicher Forschung*. Bielefeld: transcript.
- Kelle, H., & Seehaus, R. (2010). Die Konzeption elterlicher Aufgaben in pädiatrischen Vorsorgeinstrumenten. Eine vergleichende Analyse von Dokumenten aus Deutschland, Österreich, England und der Schweiz. In H. Kelle (Hrsg.), *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik* (S. 41–94). Opladen: Budrich.
- Kelle, H., & Tervooren, A. (Hrsg.) (2008). *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung*. Weinheim: Juventa.
- Keller, R., Hirsland, A., Schneider, W., & Viehöver, W. (Hrsg.) (2006). *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Keller, R., Schneider, W., & Viehöver, W. (2012). *Diskurs - Macht - Subjekt: Theorie und Empirie von Subjektivierung in der Diskursforschung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kessl, F., & Otto, H.-U. (2002). Aktivierende Soziale Arbeit. Anmerkungen zu neosozialen Programmierungen Sozialer Arbeit. *Neue Praxis: Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, (5), 444–456.

- Klein, G. (2002). *Frühförderung für Kinder mit psychosozialen Risiken*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kneer, G., Schroer, M., & Schüttpelz, E. (2008). *Bruno Latours Kollektive: Kontroversen zur Entgrenzung des Sozialen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Knoblauch, H. (2001). Fokussierte Ethnographie. *Sozialer Sinn. Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung* (1), 123–141.
- Knoblauch, H., & Heath, C. (1999). Technologie, Interaktion und Organisation. Die Workplace Studies. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 25(2), 163–181.
- Knorr-Cetina, K. (1988). Kulturanalyse: ein Programm. In H.G. Soeffner (Hrsg.), *Kultur und Alltag. Soziale Welt: Sonderband 6* (S. 27–36). Göttingen: Schwartz.
- Knorr-Cetina, K. (2002). *Wissenskulturen: ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Knörzer, W., Schumacher, E., & Grass, K. (2007). *Den Anfang der Schulzeit pädagogisch gestalten: Studien- und Arbeitsbuch für den Anfangsunterricht*. Weinheim: Beltz.
- Kohl, K.-H. (1993). *Ethnologie - Die Wissenschaft vom kulturell Fremden*. München.
- Kolbe, F.-U., Reh, S., Wulf, C., & Fritzsche, B. (2009). Theorien der Lernkultur - Kulturwissenschaftliche Transformation des Verständnisses von Aneignungs- und Vermittlungsprozessen. In W. Melzer & R. Tippelt (Hrsg.), *Kulturen der Bildung* (S. 349–360). Opladen: Budrich.
- Kontopodis, M. (2007a). Fabrication of times and micro-formation of discourse at a secondary school. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research [Online Journal]*, 8(1), Art.11. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0701119>.
- Kontopodis, M. (2007b). Human Development as semiotic-material Ordering: Sketching a Relational Developmental Psychology. *Critical Social Studies*, 9(1), 5–20.
- Kottmann, B. (2006). *Selektion in die Sonderschule: Das Verfahren zur Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf als Gegenstand empirischer Forschung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Kratzsch, W. (2000). Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter aus medizinisch/klinischer Sicht. In Verein für Kommunalwissenschaft e.V. (Hrsg.), *Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter und das angemessene Reagieren von Jugendhilfe und Medizin unter besonderer Berücksichtigung von Datenschutz und Schweigepflicht: Dokumentation des Workshops am 30. und 31. März 2000 in Berlin* (S. 12–24). Berlin: Verein für Kommunalwissenschaften. <http://edoc.difu.de/edoc.php?id=H1FOK395>. Zugriffen: 23.05.2007
- Krüger, H.-H. (2000). Stichwort: Qualitative Forschung. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 3(3), 323–342.
- Kuhn, M. (2013). *Professionalität im Kindergarten: Eine ethnographische Studie zur Elementarpädagogik in der Migrationsgesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kuschel, A., Heinrichs, N., Bertram, H., Naumann, S., & Hahlweg, K. (2008). Psychische Auffälligkeiten bei Kindergartenkindern aus der Sicht der Eltern und Erzieherinnen in Abhängigkeit von soziodemografischen Merkmalen. *Kindheit und Entwicklung*, 17(3), 161–172.
- Kutscher, N. (2010). Familie im Fokus. *Sozial Extra*, 34(3-4), 11-12.
- Kutscher, N. (2012). Families, Professionals, and Responsibility. In M. Richter & S. Andresen (Hrsg.), *The Politicization of Parenthood: Shifting Private and Public Responsibilities in Education and Child Rearing* (S. 27–38). Dordrecht u.a.: Springer.
- Lachmund, J. (1987). Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen. Von der kurativen Medizin zur Risikoprävention. *Zeitschrift für Soziologie*, 16(5), 353–366.
- Lange, A., & Xyländer, M. (Hrsg.) (2011). *Bildungswelt Familie*. Weinheim u.a.: Juventa.
- Langer, A. (2008). *Disziplinieren und entspannen: Körper in der Schule - eine diskursanalytische Ethnographie*. Bielefeld: transcript
- Langer, A., & Wrana, D. (2010). Diskursforschung und Diskursanalyse. In B. Friebertshäuser, A. Langer, & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. (S. 335–349). Weinheim: Juventa.
- Länger, C. (2002). *Im Spiegel von Blindheit: eine Kulturosoziologie des Sehsinnes*. Stuttgart: Lucius & Lucius.

- Lareau, A. (2003). *Unequal childhoods: Class, race, and family life*. Berkeley: University of California Press.
- Latour, B. (1996). On actor-network theory. A few clarifications. *Soziale Welt*, 47, 369–381.
- Latour, B. (2001). Eine Soziologie ohne Objekt? *Berliner Journal für Soziologie*(2), 237–252.
- Latour, B. (Hrsg.) (2002a). *Die Hoffnung der Pandora. Untersuchungen zur Wirklichkeit der Wissenschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Latour, B. (2002b). *Wir sind nie modern gewesen. Versuch einer symmetrischen Anthropologie*. Frankfurt am M.: Fischer.
- Latour, B. (2002c). Zirkulierende Referenz. In B. Latour (Hrsg.), *Die Hoffnung der Pandora. Untersuchungen zur Wirklichkeit der Wissenschaft* (S. 36–95). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Latour, B. (2006). Über technische Vermittlung: Philosophie, Soziologie und Genealogie. In A. Belliger & D. Krieger (Hrsg.), *Anthology: Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie* (S. 483–528). Bielefeld: transcript.
- Latour, B., & Woolgar, S. (1979). *Laboratory life*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Laucht, M. (2000). Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 246–262.
- Law, J., & Hassard, J. (2007). *Actor network theory and after*. Oxford: Blackwell.
- Law, J., & Mol, A. (Hrsg.) (2002). *Complexities: Social studies of knowledge practices*. Durham: Duke University Press.
- Lee, E.J. (2008). Living with risk in the age of 'intensive motherhood': Maternal identity and infant feeding. *Health, Risk & Society*, 10(5), 467–477.
- Lee, E., Macvarish, J., & Bristow, J. (2010). Risk, health and parenting culture. *Health, Risk & Society*, 12(4), 293–300.
- Lee, N. (2001). *Childhood and society: Growing up in an age of uncertainty*. Buckingham u.a.: Open University Press.
- Lee, N., & Brown, S. (2002). The disposal of fear: Childhood, trauma and complexity. In J. Law & A. Mol (Hrsg.), *Complexities: Social studies of knowledge practices* (S. 258–279). Durham: Duke University Press.
- Leiter, V. (2007). "Nobody's just normal, you know": The social creation of developmental disability. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1630–1641.
- Lemke, T. (2004). Test. In U. Bröckling, S. Krasmann, & T. Lemke (Hrsg.), *Glossar der Gegenwart* (S. 1-7 (Internetdokument)). Frankfurt am Main: Suhrkamp. <http://www.thomaslemkeweb.de/publikationen/Test.pdf>. Zugriffen: 23.11.2011
- Lemke, T. (2007). *Gouvernementalität und Biopolitik*. Wiesbaden: VS Verlag
- Lengwiler, M., & Madarász, J. (Hrsg.) (2010). *Das präventive Selbst: Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Bielefeld: transcript.
- Leu, H.R. (2006). Beobachtung in der Praxis. In L. Fried & S. Roux (Hrsg.), *Pädagogik der frühen Kindheit* (S. 232–243). Weinheim Basel: Beltz.
- Liebau, E., & Wulf, C. (Hrsg.) (1996). *Generation: Versuche über eine pädagogisch-anthropologische Grundbedingung*. Weinheim: Dt. Studien-Verlag
- Liebsch, K., Haubl, R., Brade, J., & Jentsch, S. (2013). Normalität und Normalisierung von AD(H)S: Prozesse und Mechanismen der Entgrenzung von Erziehung und Medizin. In H. Kelle & J. Mierendorff (Hrsg.), *Normierung und Normalisierung der Kindheit* (S. 158–175). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lindemann, G. (2008). Theoriekonstruktion und empirische Forschung. In H. Kalthoff, S. Hirschauer, & G. Lindemann (Hrsg.), *Theoretische Empirie - zur Relevanz qualitativer Forschung* (S. 107–128). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lindner, N. (2013). *Risikofaktor: "Junge Schwangerschaft und Elternschaft": Möglichkeiten interdisziplinärer Netzwerkarbeit zur Entwicklung bedarfsgerechter Hilfen*. München: AVM.
- Link, J. (1999). Diskursive Ereignisse, Diskurse, Interdiskurse: Sieben Thesen zur Operativität der Diskursanalyse, am Beispiel des Normalismus. In H. Bubnitz (Hrsg.), *Das Wuchern der Diskur-*

- se: *Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults* (S. 148–161). Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Link, J. (2006). *Versuch über den Normalismus - wie Normalität produziert wird*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Link, J. (2008). Zum diskursanalytischen Konzept des flexiblen Normalismus. Mit einem Blick auf die kindliche Entwicklung am Beispiel der Vorsorgeuntersuchungen. In H. Kelle & A. Tervoooren (Hrsg.), *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung* (S. 59–72). Weinheim: Juventa.
- Lisker, A. (2010). Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung im Kindergarten sowie beim Übergang in die Schule.: Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts. http://www.dji.de/bibs/Expertise_Sprachstandserhebung_Lisker_2010.pdf. Zugriffen: 12. Februar 2010.
- Lofland, J. (1995). Analytic Ethnography: Features, Failings, and Futures. *Journal of Contemporary Ethnography*, 24, 30–67.
- Loring, M., & Powell, B. (1988). Gender, Race, and DSM-III: A Study of the Objectivity of Psychiatric Diagnostic Behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 29(1), 1.
- Loseke, D.R., & Cahill, S.E. (1994). Normalizing Daycare - Normalizing the child: Daycare Discourse in Popular Magazines, 1900-1990. In J. Best (Hrsg.), *Troubling children: Studies of children and social problems* (S. 173–199). New York: Aldine de Gruyter.
- Lubeck, S., & Garrett, P. (1990). The Social Construction of the 'At-Risk' Child. *British Journal of Sociology of Education*, 11(3), 327–340.
- Lüders, C. (2000). Beobachten im Feld und Ethnographie. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 384–401). Reinbek: Rowohlt.
- Lüders, C. (2006). Pädagogische Ethnographie und Biographieforschung. In H.-H. Krüger & W. Marotzki (Hrsg.), *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung* (S. 137–148). Wiesbaden: VS Verlag.
- Luhmann, N. (1984). *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lupton, D. (1994). Toward the Development of Critical Health Communication Praxis. *Health Communication*, 6(1), 55–67.
- Lupton, D. (2012). 'I'm Always on the Lookout for What Could be Going Wrong': Mothers' Concepts and Experiences of Health and Illness Their Young Children (Working Paper No 1.). <http://ses.library.usyd.edu.au/bitstream/2123/8351/1/WORKING%20PAPER%201-%20CHILDREN%27S%20HEALTH.pdf>. Zugriffen: 13.01.2013
- Lupton, D. (2013). Infant embodiment and interembodiment: A review of sociocultural perspectives. *Childhood*, 20(1), 37–50.
- Lüscher, K., Liegle, L., & Lange, A. (2009). Bausteine zur Generationenanalyse. *DJI Bulletin: Plus*, 86, 1–8.
- Maier, A., Horacek, U., & Weinrich, D. (2002). Früherkennung psychischer Verhaltensauffälligkeiten: Erzieherbeobachtungen zur Vorlage bei den Vorsorgeuntersuchungen U 8 und U 9. *Kind- und Jugendmedizin* (3), 120–122.
- Marcus, G.E. (1995). Ethnography In/Of the World System. The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24, 95–117.
- Marcus, G.E. (2009). Multi-sited Ethnography: Notes and Queries. In M.-A. Falzon (Hrsg.), *Multi-sited ethnography: Theory, praxis and locality in contemporary research* (S. 181–196). Farnham: Ashgate.
- Markström, A.-M., & Halldén, G. (2009). Children's Strategies for Agency in Preschool. *Children & Society*, 23, 112–122.
- Marotzki, W. (2000). Der Aufbau einer ethnographischen Haltung - ein notwendiger Habitus für Diplompädagogen. In H.G. Homfeldt, J. Schulze-Krüdener, & M.S. Honig (Hrsg.), *Qualitativ-empirische Forschung in der Sozialen Arbeit*. Trier: Verlag Michael Weyand.
- Martin, E., & Wawrinowski, U. (2006). *Beobachtungslehre: Theorie und Praxis reflektierter Beobachtung und Beurteilung*. Weinheim und München: Juventa.

- Marx, G., & Steeves, V. (2010). From the Beginning: Children as Subjects and Agents of Surveillance. *Surveillance & Society*, 7(3/4), 192–230.
- Matthes, J. (1992). The Operation called "Vergleichen". In J. Matthes (Hrsg.), *Zwischen den Kulturen? Die Sozialwissenschaften vor dem Problem des Kulturvergleichs. Soziale Welt. Sonderband 8* (S. 75–99). Göttingen: Schwartz.
- Melchers, P., Floß, S., Brandt, I., Eßer, K.J., Lehmkuhl, G., Rauh, H., et al. (2003). *EVU: Erweiterte Vorsorgeuntersuchung*. Entwicklungsneurologische und entwicklungspsychologische Ergänzung zur pädiatrischen Vorsorge bei U4 bis U9. Leiden.
- Meseth, W. (2011). Erziehungswissenschaft - Systemtheorie - Empirische Forschung. Methodologische Überlegungen zur empirischen Rekonstruktion pädagogischer Ordnungen. *Zeitschrift für qualitative Forschung*, 12(2), 177–197.
- Meysen, T., Schönecker, L., & Kindler, H. (Hrsg.) (2009). *Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe*. Weinheim, München: Juventa.
- Michaelis, R. (2004). Neurobiologische Grundlagen und Theorien zur sensomotorischen Entwicklung. In F. Biewald (Hrsg.), *Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte* (S. 42–54). München: Urban & Fischer.
- Michaelis, R., & Niemann, G. (1992). *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Mierendorff, J. (2009). *Kindheit und Wohlfahrtsstaat. Entstehung, Wandel und Kontinuität des Musters moderner Kindheit*. Weinheim und München: Juventa.
- Millei, Z., & Lee, L. (2007). 'Smarten up the Parents': whose agendas are we serving? Governing Parents and Children through the Smart Population Foundation Initiative in Australia. *Contemporary Issues in Early Childhood*, 8(3), 208–221. <http://dx.doi.org/10.2304/ciec.2007.8.3.208>
- Mol, A. (2002). *The body multiple - ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.
- Moreira, T. (2007). How to investigate the temporalities of health. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(1), Art. 13. [60 Absätze]. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-07/07-1-13-e.htm>.
- Müller, B. (1996). *Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Nadai, E., & Maeder, C. (2005). Fuzzy Fields. Multi-Sited Ethnography in Sociological Research. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(3), Art 28, [24 paragraphs]. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0503288>
- Nadesan, M.H. (2002). Engineering the entreprenuerial infant: brain science, infant development toys, and gouvernementality. *Cultural Studies*, 16(3), 401–432.
- Nadesan, M.H. (2010). *Governing childhood into the 21st century: Biopolitical technologies of childhood management and education*. New York, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Närvänen, A.-L., & Näsman, E. (2004). Childhood as Generation or Life Phase? *Young: Nordic Journal of Youth Research*, 12(1), 71–91. <http://you.sagepub.com.ubproxy.ub.uni-frankfurt.de/content/12/1/71.full.pdf>. Zugegriffen: 13.07.2012.
- Nassehi, A. (2006). *Der soziologische Diskurs der Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Nassehi, A., & Saake, I. (2002). Kontingenz: Methodisch verhindert oder beobachtet? *Zeitschrift für Soziologie*, 31(1), 66–68.
- Nelson, M.K., & Schutz, R. (2007). Day Care Differences and the Reproduction of Social Class. *Journal of Contemporary Ethnography*, 36(3), 281–317.
- Neumann, S. (2012a). Beobachtungsverhältnisse. Feldtheoretische Erkundungen zu einer Empirie des Pädagogischen. In S. Bernhard & C. Schmidt-Wellenburg (Hrsg.), *Feldanalyse als Forschungsprogramm* (S. 221–242). Wiesbaden: Springer VS.
- Neumann, S. (2012b). Pädagogisierung und Verdinglichung. Beobachtungen zur Materialität der Frühpädagogik. In K. Priem, G.M. König, & R. Casale (Hrsg.), *Die Materialität der Erziehung. Kulturelle und soziale Aspekte pädagogischer Objekte* (S. 168–184). Weinheim u.a: Beltz.

- Neumann, S. (2012c). Teilnehmende Objektivierung unter Anwesenden.: Zum Verhältnis von Ethnographie und Feldtheorie in der erziehungswissenschaftlichen Forschung. In B. Frieberthäuser, H. Kelle, H. Boller, S. Bollig, C. Huf, A. Langer, M. Ott, & S. Richter (Hrsg.), *Feld und Theorie: Herausforderungen erziehungswissenschaftlicher Ethnographie* (S. 57–69). Opladen: Budrich.
- Neumann, S. (2013). Unter Beobachtung. Das frühpädagogische Feld und die Ethnographie der Frühpädagogik. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 33(1), 10–25.
- Niewöhner, J., Kehl, C., & Beck, S. (2008). *Wie geht Kultur unter die Haut? Emergente Praxen an der Schnittstelle von Medizin, Lebens- und Sozialwissenschaft*. Bielefeld: transcript.
- Niewöhner, J., & Scheffer, T. (2008). Introduction: Special Issue on Thick Comparison. *Comparative Sociology*, 7, 273–285.
- Nohl, A.-M. (2007). Komparative Analyse. Forschungspraxis und Methodologie dokumentarischer Interpretation. In R. Bohnsack, I. Nentwig-Gesemann, & A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (S. 255–276). Wiesbaden: VS Verlag.
- Nothhaft, S. (2008). Landesgesetzliche Regelungen im Bereich des Kinderschutzes bzw. der Gesundheitsvorsorge. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/BewertungLaendergesetzegesamt.pdf. Zugegriffen: 13.07.2012.
- Nova, C., Vegni, E., & Moja, E. (2005). The physician-patient-parent communication: a qualitative perspective on the child's contribution. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 327–333. doi:10.1016/j.pec.2005.02.007.
- NRW (2002). *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen: Landesgesundheitsbericht 2002*. Bielefeld: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit Landes Nordrhein-Westfalen.
- Nybell, L. (2001). Meltdowns and containments: Constructions of children at risk as complex systems. *Childhood. A Global Journal of Child Research*, 8(2), 213–230.
- Oelkers, N. (2007). *Aktivierung von Elternverantwortung: Zur Aufgabenwahrnehmung in Jugendämtern*. Bielefeld: transcript.
- Oelkers, N. (2009a). Aktivierung von Elternverantwortung im Kontext der Kindeswohldebatte. In C. Beckmann, H.-U. Otto, M. Richter, & M. Schrödter (Hrsg.), *Neue Familialität als Herausforderung der Jugendhilfe* (S. 139–148). Lahnstein: Verlag Neue Praxis.
- Oelkers, N. (2009b). Liebe allein genügt nicht: Elternverantwortung als sozialpädagogische Zielkategorie. In C. Meyer, M. Tetzner, & K. Rensch (Hrsg.), *Liebe und Freundschaft in der Sozialpädagogik* (S. 213–224). Wiesbaden: VS Verlag.
- Oelkers, N., & Richter, M. (2009). Re-Familialisierung im Kontext post-wohlfahrtsstaatlicher Transformationsprozesse und Konsequenzen für die Soziale Arbeit. *Kurswechsel* (3): 35–46.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität* (S. 70–182). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Olesen, J. (2005). Das Kinderpublikum positionieren. In H. Hengst & H. Zeiher (Hrsg.), *Kindheit soziologisch* (S. 161–178). Wiesbaden: VS Verlag.
- Olin-Lauritzen, S., & Sachs, L. (2001). Normality, risk and the future: implicit communication of threat in health surveillance. *Sociology of Health and Illness*, 23(4), 497–516.
- Olk, T. (2010). In Kinder investieren? Politik für Kinder und Familien in Deutschland und Norwegen. In H.-J. Dahme (Hrsg.), *Systemanalyse als politische Reformstrategie. Festschrift für Dieter Grunow* (S. 291–306). Wiesbaden: VS Verlag.
- Olk, T., & Wintersberger, H. (2007). Welfare States and Generational Order. In H. Wintersberger & T. Olk (Hrsg.), *Childhood, generational order and the welfare state: Exploring children's social and economic welfare* (S. 59–90). Odense: University Press of Southern Denmark.
- Olson, L., Tanner, L., Stein, M., & Radecki, L. (2008). Well-child care: looking back, looking ahead. *Pediatric Annals*, 37(3), 143–151.
- Opp, G., Hebig, P., & Speck-Hamdan, A. (1999). *Problemkinder in der Grundschule. Pädagogische Reflexionen und Lösungsvorschläge*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.

- Ostner, I. (2007). Whose Children? Families and Children in "Activating" Welfare States. In H. Wintersberger & T. Olk (Hrsg.), *Childhood, generational order and the welfare state: Exploring children's social and economic welfare* (S. 45–57). Odense: University Press of Southern Denmark.
- Ott, M. (2011). *Aktivierung von (In-)Kompetenz: Praktiken im Profiling - eine machtanalytische Ethnographie*. Konstanz: UVK.
- Ott, M., Langer, A., & Rabenstein, K. (2012). Integrative Forschungsstrategien – Ethnografie und Diskursanalyse verbinden. In B. Friebertshäuser, H. Kelle, H. Boller, S. Bollig, C. Huf, A. Langer, M. Ott, & S. Richter. (Hrsg.), *Feld und Theorie: Herausforderungen erziehungswissenschaftlicher Ethnographie* (S. 169–184). Leverkusen: Budrich.
- Ott, M., & Wrana, D. (2010). Gouvernementalität diskursiver Praktiken: Zur Methodologie der Analyse von Machtverhältnissen am Beispiel einer Massnahme zur Aktivierung von Arbeitslosen. In J. Angermüller & S.v. Dyk (Hrsg.), *Diskursanalyse meets Gouvernementalitätsforschung: Perspektiven auf das Verhältnis von Subjekt, Sprache, Macht und Wissen* (S. 155–181). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Parton, N. (2008). The 'Change for Children' Programme in England: Towards the 'Preventive-Surveillance State'. *Journal of Law and Society*, 35(1), 166–187. DOI: 10.1111/j.1467-6478.2008.00420.x.
- Paul, M. (2012). Was sind Frühe Hilfen? *Frühe Kindheit, Sonderausgabe 2012*, 6–7.
- Paul, N.W. (2006). Diagnose und Prognose. In S. Schulz, K. Steigleder, H. Fangerau, & N.W. Paul (Hrsg.), *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin - eine Einführung* (S. 143–152). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Petermann, F., & Macha, T. (2005). Entwicklungsdiagnostik. *Kindheit und Entwicklung*, 14(3), 131–139.
- Petermann, U., Petermann, F., & Koglin, U. (2008). *Entwicklungsbeobachtung und Dokumentation (EBD 3-48)*. Berlin: Cornelsen Scriptor.
- Place, B. (2000). Constructing the Bodies of Ill Children in the Intensive Care Unit. In A. Prout (Hrsg.), *The Body, Childhood, and Society* (S. 172–194). Houndsmill et al.: Macmillan Press.
- Plum, M. (2012). The emergence of the analytical method in early childhood education – the scientific effort to produce the learning child for the nation in a global era. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 25(5), 645–663. Doi :10.1080/09518398.2011.589868
- Prout, A. (Hrsg.) (2000). *The Body, Childhood, and Society*. Houndsmill et al.: Macmillan Press.
- Prout, A. (2003). Kinder-Körper. Konstruktion, 'Agency' und Hybridität. In H. Hengst & H. Kelle (Hrsg.), *Kinder - Körper - Identitäten: Theoretische und empirische Annäherungen an kulturelle Praxis und sozialen Wandel* (S. 33–50). Weinheim: Juventa.
- Quaiser-Pohl, C., & Rindermann, H. (2009). *Entwicklungsdiagnostik*. Stuttgart: UTB.
- Qvortrup, J. (2005). *Studies in modern childhood: Society, agency, culture*. New York: Palgrave Macmillan.
- Raitelhuber, E. (2012). Ein relationales Verständnis von Agency. Sozialtheoretische Überlegungen und Konsequenzen für empirische Analysen. In S. Bethmann, C. Helfferich, H. Hoffmann, & D. Niermann (Hrsg.), *Agency: Die Analyse von Handlungsfähigkeit und Handlungsmacht in qualitativer Sozialforschung und Gesellschaftstheorie* (S. 122–154). Weinheim: Juventa.
- Rammert, W., & Schulz-Schaeffer, I. (2002). *Können Maschinen handeln? Soziologische Beiträge zum Verhältnis von Mensch und Technik*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Reckwitz, A. (2000). Der Status des ‚Mentalen‘ in kulturtheoretischen Handlungserklärungen: Zum Problem der Relation von Verhalten und Wissen nach Stephen Turner und Theodore Schatzki. *Zeitschrift für Soziologie*, 29(3), 167–185.
- Reckwitz, A. (2003). Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie*, 32(4), 282–301.
- Reckwitz, A. (2004). Die Reproduktion und die Subversion sozialer Praktiken. Zugleich ein Kommentar zu Pierre Bourdieu und Judith Butler. In K.-H. Hörning & J. Reuter (Hrsg.), *Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis* (S. 40–53). Bielefeld: transcript.

- Reckwitz, A. (2006). *Das hybride Subjekt: eine Theorie der Subjektkulturen von der bürgerlichen Moderne zur Postmoderne*. Weilerswist: Velbrück.
- Reh, S. (2012). Beobachten und aufmerksames Wahrnehmen: Aspekte einer Geschichte des Beobachtens. In H. de Boer & S. Reh (Hrsg.), *Beobachtung in der Schule - Beobachten lernen* (S. 3–25). Wiesbaden: Springer, VS Verlag.
- Reh, S., & Labede, J. (2009). Soziale Ordnung im Wochenplanunterricht. In H. de Boer & H. Deckert-Peaceman (Hrsg.), *Kinder in der Schule: Zwischen Gleichaltrigenkultur und schulischer Ordnung*. (S. 159–176). Wiesbaden: VS Verlag.
- Retkowski, A., Schäuble, B., & Thole, W. (2012). Zur performativen Herstellung von Subjektivität. Die Akteur/innen der Sozialen Arbeit im Fokus von Ethnographien des Pädagogischen – Überlegungen auf Basis zweier Forschungsprojekte. In B. Friebertshäuser, H. Kelle, H. Boller, S. Bollig, C. Huf, A. Langer, M. Ott & S. Richter (Hrsg.), *Feld und Theorie: Herausforderungen erziehungswissenschaftlicher Ethnographie* (S. 137–151). Opladen: Budrich.
- Reuner, G., & Pietz, J. (2006). Entwicklungsdiagnostik im Säuglings- und Kleinkindalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 154(4), 305–313. <http://dx.doi.org/10.1007/s00112-006-1315-6>.
- Reusser, K., Pauli, C., & Elmer, A. (2011). Berufsbezogene Überzeugungen von Lehrerinnen und Lehrern. In H. Bennewitz, M. Rothland, & E. Terhart (Hrsg.), *Handbuch der Forschung zum Lehrerberuf* (S. 478–495). Münster: Waxmann.
- Rheinberger, H.J. (1997). Von der Zelle zum Gen. Repräsentationen der Molekularbiologie. In H.J. Rheinberger, B. Wahrig-Schmidt, & M. Hagner (Hrsg.), *Räume des Wissens. Repräsentation, Codierung, Spur* (S. 265–280). Berlin: Akademie Verlag.
- Richter, M. (2004). Zur (Neu)Ordnung des Familialen. *Widersprüche*(92), 7–16.
- Richter, M. (2013). *Die Sichtbarmachung des Familialen. Gesprächspraktiken in der Sozialpädagogischen Familienhilfe*. Weinheim; München: Beltz Juventa.
- Richter, M., & Andresen, S. (Hrsg.) (2012). *The Politicization of Parenthood: Shifting private and public responsibilities in education and child rearing*. Heidelberg u.a.: Springer.
- Ricken, N., & Balzer, N. (Hrsg.) (2012). *Judith Butler. Pädagogische Lektüren*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Riedmann, K. (2000). Die historische Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 23(4), 7–16.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2004). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gesundheit_von_kindern_und_jugendlichen.pdf?__blob=publicationFile. Zugriffen: 12. Februar 2013.
- Robert, G., Pfeifer, K., & Drößler, T. (2011). *Aufwachsen in Dialog und sozialer Verantwortung: Bildung - Risiken - Prävention in der frühen Kindheit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Robert-Koch-Institut (RKI) (2007). Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/Ergebnisbrosch%C3%BCre.pdf?__blob=publicationFile. Zugriffen: 1. Juli 2010.
- Rollet, C. (2003). History of the health notebook in France. A stake for mothers, doctors and state. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 23, 143–166.
- Romagnoli, A., & Wall, G. (2012). 'I know I'm a good mom': Young, low-income mothers' experiences with risk perception, intensive parenting ideology and parenting education programmes. *Health, Risk & Society*, 14(3), 273–289. DOI :10.1080/13698575.2012.662634
- Rose, H. (2012). Der Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zu Frühen Hilfen. *Frühe Kindheit*, 14 (Sonderausgabe: Frühe Hilfen), 80–83.
- Rose, N.S. (1999). *Governing the soul: The shaping of the private self*. London, New York: Free Association Books.
- Saake, I. (2003). Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie der Arzt-Patienten-Interaktion. *Soziale Welt* (54), 429–460.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Le-*

- bens: *Sondergutachten 2009, Kurzfassung*. http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf. Zugriffen: 12. Juni 2012.
- Sann, A. (2010). *Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen // Kooperationsformen*. Köln: NZFH. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/00699_NZFH_Bestandsaufnahme_Kommunale_Praxis.pdf. Zugriffen: 12.03.2011.
- Schäfer, G.E., & Staeger, R. (Hrsg.) (2010). *Frühkindliche Lernprozesse verstehen: Ethnographische und phänomenologische Beiträge zur Bildungsforschung*. Weinheim: Juventa.
- Schäffer, B. (2003). *Generationen - Medien - Bildung: Medienpraxiskulturen im Generationenvergleich*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schatzki, T.R. (1996). *Social practices: A Wittgensteinian approach to human activity and the social*. New York: Cambridge University Press.
- Schatzki, T.R. (2001). Practice mind-ed orders. In T.R. Schatzki, K. Knorr-Cetina, & E.v. Savigny (Hrsg.), *The practice turn in contemporary theory* (S. 50–64). London, New York: Routledge.
- Schatzki, T.R. (2002). *The site of the social: A philosophical account of the constitution of social life and change*. University Park: Pennsylvania State University Press.
- Schatzki, T.R. (2006). On Organizations as they Happen. *Organization Studies*, 27, 1863–1873. DOI: 10.1177/0170840606071942.
- Schatzki, T.R. (2010). Materiality and Social Life. *Nature and Culture*, 5(2), 123–149. DOI: 10.3167/nc.2010.050202.
- Schatzki, T.R., Knorr-Cetina, K., & Savigny, E.v. (Hrsg.) (2001). *The practice turn in contemporary theory*. London, New York: Routledge.
- Scheffer, T. (2008). Zug um Zug und Schritt für Schritt: Annäherung an transsequentielle Analytik. In H. Kalthoff, S. Hirschauer, & G. Lindemann (Hrsg.), *Theoretische Empirie - zur Relevanz qualitativer Forschung* (S. 368–398). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Scheffer, T., & Meyer Christian (2011). Tagungsbericht: Tagung: Soziologische vs. ethnologische Ethnographie – Zur Belastbarkeit und Perspektive einer Unterscheidung. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research* Art. 25, [46 Absätze]. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1101256>.
- Schindler, L. (2011). Teaching by Doing: Zur körperlichen Vermittlung von Wissen. In R. Keller & M. Meuser (Hrsg.), *Körperwissen* (S. 335–350). Wiesbaden: VS Verlag.
- Schlack, H.G. (2002). Sozialpädiatrie und Recht. In M.J. Lentze, J. Schaub, F.-J. Schulte, & J. Spranger (Hrsg.), *Pädiatrie: Grundlagen und Praxis*. (S. 102–126). Heidelberg u.a.: Springer.
- Schmid, P. (2001). Vätertagebücher des ausgehenden 18. Jahrhunderts. Zu Anfängen der empirischen Erforschung von Säuglingen und Kleinkindern. In I. Behnken (Hrsg.), *Kinder, Kindheit, Lebensgeschichte. Ein Handbuch* (S. 325–339). Seelze-Velber: Kallmeyer.
- Schmidt, R. (2008). Gaining Insight from Incomparability: Exploratory Comparison in Studies of Social Practices. *Comparative Sociology*, 7, 338–361.
- Schmidt, R. (2012a). *Soziologie der Praktiken: Konzeptionelle Studien und empirische Analysen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schmidt, F. (2012b). *Implizite Logiken des pädagogischen Blickes. Eine rekonstruktive Studie über Wahrnehmung im Kontext der Wohnungslosenhilfe*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Schrödter, M. (2006). Diagnose und Profession. *Sozial Extra*(10), 8–9.
- Schrödter, M. (2009). Formalisierte Diagnostik ja, aber richtig! In P. Pantuček & D. Röh (Hrsg.), *Perspektiven sozialer Diagnostik: Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards* (S. 57–79). Wien, Berlin, Münster: Lit.
- Schubert, C. (2006). *Die Praxis der Apparatedizin: Ärzte und Technik im Operationssaal*. Frankfurt am Main: Campus.
- Schulz, G. (1999). *Weiterentwicklung der Schuleingangsuntersuchung: Konzept einer Arbeitsgruppe aus dem Regierungsbezirk Köln: ABC-Test*. Bonn.
- Schulz, M. (2010). *Performances: Jugendliche Bildungsbewegungen im pädagogischen Kontext. Eine ethnografische Studie*. Wiesbaden: VS Verlag.

- Schulz, M., & Cloos, P. (2011). Die ‚Entdeckung‘ kindlicher Bildungsprozesse. Ethnographische Hinweise auf professionelle Praktiken der Beobachtung. In K. Fröhlich-Gildhoff, I. Nentwig-Gesemann, & H.-R. Leu (Hrsg.), *Forschung in der Frühpädagogik* (S. 91–120). Freiburg: FEL-Verlag.
- Schulz-Schaeffer, I. (2008). Technik in heterogener Assoziation. Vier Konzeptionen der gesellschaftlichen Wirksamkeit von Technik im Werk Latours. In G. Kneer, M. Schroer, & E. Schüttelz (Hrsg.), *Bruno Latours Kollektive: Kontroversen zur Entgrenzung des Sozialen* (S. 108–152). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schütze, Y. (1986). *Die gute Mutter: zur Geschichte des normativen Musters "Mutterliebe"*. Bielefeld: Kleine.
- Schweda, A. (2010). Als-ob Spiele als informelle Form des Testens. In H. Kelle (Hrsg.), *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik* (S. 157–177). Opladen u.a.: Budrich.
- Seitz, S. (2004). Zur Vielfalt von Entwicklungszeiten. In U. Carle & A. Unkel (Hrsg.), *Entwicklungszeiten: Forschungsperspektiven für die Grundschule* (S. 154–159). Wiesbaden: VS Verlag.
- Shor, E. (2004). Rethinking Well-Child Care. *Pediatrics*, 114(1), 210–216.
- Sices, L. (2007). Use of Developmental Milestones in Pediatric Residency Training and Practice: Time to Rethink the Meaning of the Mean. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(1), 47–52.
- Sitter, M. (2011). Weil man soll ja immer gucken, was kann ein Kind gut, und nicht, was es schlecht kann“ – Stärkenorientierte Beobachtung bei sozial benachteiligten Kindern und "doing social problems". In P. Cloos & M. Schulz (Hrsg.), *Kindliches Tun beobachten und dokumentieren: Perspektiven auf die Bildungsbegleitung in Kindertageseinrichtungen*. (S. 155–170). Weinheim und München: Juventa
- Sleath, B.L., Carpenter, D.M., Sayner, R., Ayala, G.X., Williams, D., Davis, S., et al. (2011). Child and Caregiver Involvement and Shared Decision-Making during Asthma Pediatric Visits. *Journal of Asthma*, 48(10), 1022–1031.
- Small, M.L. (2009). "How many cases do I need?": On science and the logic of case selection in field-based research. *Ethnography*, 10(1), 5–38.
- Smith, D.E. (2005). *Institutional ethnography: A sociology for people*. Walnut Creek: AltaMira Press.
- Smith, D.E. (2006). Incorporating Texts into Ethnographic Practice. In D.E. Smith (Hrsg.), *Institutional ethnography as practice* (S. 65–88). Lanham, Md: Rowman & Littlefield.
- Sørensen, E. (2007). The Time of Materiality. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research*, 8(1), Art. 2, 40 paragraphs. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs070122>.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (2011). Verordnung des Sozialministeriums zur Durchführung schulärztlicher Untersuchungen sowie zielgruppenspezifischer Untersuchungen und Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schulen (Schuluntersuchungsverordnung). http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/fm7/1442/111208_SchuluntersuchungsVO.pdf. Zugriffen: 12.10.2012.
- Spradley, J.P. (1980). *Participant Observation*. Orlando et al.: Harcourt Brace College Publishers.
- Stadt Frankfurt (2012). Kindergesundheit in Frankfurt am Main: Daten des Amtes für Gesundheit 2002-2011. <http://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Kindergesundheit%20in%20Frankfurt%202002-2011.pdf>. Zugriffen: 20. Mai 2013.
- Star, S.L., & Griesemer, J.R. (1989). Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*, 19(3), 387–420.
- Straßburg, H.-M. (2008). Einführung. In H.-M. Straßburg, W. Dachender, & W. Kress (Hrsg.), *Entwicklungsstörungen bei Kindern: Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung* (S. 3–37). München: Elsevier.
- Straßburg, H.-M., Dachender, W., & Kress, W. (Hrsg.) (2008). *Entwicklungsstörungen bei Kindern: Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung*. München: Elsevier.

- Strauss, A.L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Fink.
- Strauss, A.L., & Corbin, J.M. (1996). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- Streek, S. (2002). Dominanz und Kooperation in der neuropädiatrischen Sprechstunde. In G. Brünner, R. Fiehler, & W. Kindt (Hrsg.), *Angewandte Diskursforschung: Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen* (S. 174–196). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Stroß, A.M. (2003). Der 'Arzt als Erzieher'. Pädagogische Metaphern und Machbarkeitsvorstellungen vom Menschen um 1900. In W.u.a. Bauer (Hrsg.), *Der Mensch des Menschen. Zur biotechnischen Formierung des Humanen. Jahrbuch für Bildungs- und Erziehungsphilosophie Band 5* (S. 83–98). Hohengehren: Schneider Verlag.
- Stroß, A.M. (2006). Von der Gesundheitserziehung Erster Ordnung zur Gesundheitserziehung Zweiter Ordnung. Plädoyer für einen Perspektivenwechsel. *Prävention extra: Zeitschrift für Gesundheitsförderung*(2), 3–6.
- Stroß, A.M. (2008). Der Schularzt - Funktionalität und Normierungstendenzen eines neuen Berufsfeldes im 19. Jahrhundert. In H. Kelle & A. Tervooren (Hrsg.), *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung* (S. 93–105). Weinheim: Juventa.
- Strübing, J. (2003). Theoretisches Sampling. In R. Bohnsack, W. Marotzki, & M. Meuser (Hrsg.), *Hauptbegriffe qualitative Sozialforschung: Ein Wörterbuch* (S. 154–156). Opladen: Leske + Budrich.
- Strübing, J. (2004). *Grounded theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Swaan, A. de (1990). *The management of normality: critical essays in health and welfare*. London: Routledge.
- Tannen, D., & Wallat, C. (1983). Doctor-mother-child communication: Linguistic analysis of a pediatric interaction. In Center for Applied Linguistics. (Hrsg.), *The Social organization of doctor-patient communication* (S. 203–219). Washington D.C.: Center for Applied Linguistics.
- Tates, K., & Meeuwesen, L. (2001). Doctor-Parent-Child Communication. A (Re)View of the Literature. *Social Science and Medicine*(52), 839–851.
- Tervooren, A. (2006). *Im Spielraum von Geschlecht und Begehren: Ethnographie der ausgehenden Kindheit*. München: Juventa.
- Tervooren, A. (2008). "Auswickeln", Entwickeln und Vergleichen. Kinder unter Beobachtung. In H. Kelle & A. Tervooren (Hrsg.), *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung* (S. 41–58). Weinheim, Basel: Juventa.
- Tervooren, A. (2010). Bildung in der frühen Kindheit: Zur Durchsetzung eines Dispositivs. In A. Liesner & I. Lohmann (Hrsg.), *Gesellschaftliche Bedingungen von Bildung und Erziehung: Eine Einführung* (S. 179–191). Stuttgart: Kohlhammer.
- Tervooren, A., Engel, N., Göhlich, M., Miethe, I., & Reh, S. (Hrsg.) (2013). *Ethnographie und Differenz in pädagogischen Feldern: Internationale Entwicklungen erziehungswissenschaftlicher Forschung*. Bielefeld: transcript.
- Thielen, M. (2009). *Wo anders leben? Migration, Männlichkeit und Sexualität*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann.
- Thole, W. (2010). Ethnographie des Pädagogischen: Geschichte, konzeptionelle Kontur und Validität einer erziehungswissenschaftlichen Ethnographie. In F. Heinzl, W. Thole, S. Köngeter, & P. Cloos (Hrsg.), *"Auf unsicherem Terrain": Ethnographische Forschung im Kontext des Bildungs- und Sozialwesens* (S. 17–38). Wiesbaden: VS Verlag.
- Thole, W., & Küster-Schapfl, E.-U. (1997). *Sozialpädagogische Profis*. Opladen: Leske + Budrich.
- Thole, W., Cloos, P., Köngeter, S., & Müller, B. (2011). Ethnographie der Performativität pädagogischen Handelns: Zu den Möglichkeiten, die Konstitutionsbedingungen sozialpädagogischer Handlungsfelder zu erkunden. In G. Oelerich & H.-U. Otto (Hrsg.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch* (S. 115–136). Wiesbaden: VS Verlag.
- Thyen, U. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006 - ein Meilenstein für die Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5/6), 5289–5530.

- Trojan, A. (2000). Bedeutung und Nutzen der Gesundheitsberichterstattung. In H.G. Homfeldt, B. Jaeschke, U. Laaser, U. Prümel-Philippsen, & B. Robertz-Grossmann (Hrsg.), *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder (Loseblattsammlung)*. Neuwied: Luchterhand.
- Tröster, H., Flender, J., & Reineke, D. (2004). *DESK 3 - 6: Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten ; Manual*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Tröster, H., & Reineke, D. (2007). Prävalenz von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kindergartenalter. *Kindheit und Entwicklung*, 16(3), 171–179.
- Tummons, J. (2010). Institutional ethnography and actor–network theory: a framework for researching the assessment of trainee teachers. *Ethnography and Education*, 5(3), 345–357.
- Turmel, A. (1997). Childhood and Normalcy: Classification, Numerical Regularities, and Tabulations. *International Journal of Educational Research*, 27(8), 661–672.
- Turmel, A. (2008a). *A historical sociology of childhood: Developmental thinking, categorization and graphic visualization*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Turmel, A. (2008b). Das normale Kind. Zwischen Kategorisierung, Statistik und Entwicklung. In H. Kelle & A. Tervooren (Hrsg.), *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung* (S. 17–40). Weinheim: Juventa.
- Ulich, M., & Mayr, T. (1996). Beobachtung und Professionalität. In Colberg-Schrader u.a. (Hrsg.), *Kinder in Tageseinrichtungen. Ein Handbuch für Erzieherinnen* (S. 375–381). Seelze: Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung.
- Urwin, C. (1985). 'Constructing Motherhood: The Persuasion of Normal Development'. In C. Steedman, C. Urwin, & V. Walkerdine (Hrsg.), *Language, gender, and childhood* (S. 164–202). London Boston: Routledge & Kegan Paul.
- van Dulman, S. (2004). Pediatrician-parent-child communication: problem-related or not? *Patient Education and Counselling* (56), 61–68.
- van Maanen, J. (1988). *Tales of the field: On the writing of ethnography*. Chicago: University Press.
- Vandenberghe, F. (2002). Reconstructing Humans: A Humanist Critique of Actant-Network Theory. *Theory, Culture & Society*, 19, 51–67.
- Viernickel, S. (2011). Beobachtungs- und Dokumentationsverfahren. Einige Reflexionen über ihren Beitrag zur frühpädagogischen Professionalisierung. In P. Cloos & M. Schulz (Hrsg.), *Kindliches Tun beobachten und dokumentieren: Perspektiven auf die Bildungsbegleitung in Kindertageseinrichtungen*. (S. 202–220). Weinheim und München: Juventa.
- Vogd, W. (2005). Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften. Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. *Soziale Systeme*, 11(2), 236–270.
- Waldenfels, B. (1998). *Grenzen der Normalisierung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Waldschmidt, A. (1998). Flexible Normalisierung oder stabile Ausgrenzung: Veränderungen im Verhältnis Behinderung und Normalität. *Soziale Probleme* 9, 3–25.
- Waldschmidt, A. (2004). Normalität. In U. Bröckling, S. Krasmann, & T. Lemke (Hrsg.), *Glossar der Gegenwart* (S. 190–196). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Walford, G. (Hrsg.) (1998). *Doing Research about Education*. London: Falmer Press.
- Wassmer, E., Minnar, G., & Abdel, A.N.e.a. (2004). How do paediatricians communicate with children and parents? *Acta Paediatrica* (93), 1501–1506.
- Weingarten, E., Sack, F., & Schenkein, J. (Hrsg.) (1976). *Ethnomethodologie. Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Wenger, E. (1999). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wenke, M. (2006). *ADHS: Diagnose statt Verständnis? Wie eine Krankheit gemacht wird; eine phänomenologische Kritik*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Werning, R., & Reiser, H. (2002). Störungsbegriff und Klassifikation von Lernbeeinträchtigungen und Verhaltensstörungen aus konstruktivistischer Sicht. In U. Schröder, M. Wittrock, S. Rolus-Borgward, & U. Tänzer (Hrsg.), *Lernbeeinträchtigung und Verhaltensstörung: Konvergenzen in Theorie und Praxis* (S. 22–32). Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

- Weßling, A. (2000). Die Schuleingangsuntersuchung: Gesundheitsberichterstattung zur Gesundheitsförderung in Schule und Gemeinde. *Gesundheitswesen* 2000, 62(7), 383–390.
- White, S. (1998). Time, Temporality and Child Welfare: Notes on the Materiality and Malleability of Time(s). *Time & Society*, 7(1), 55–74.
- Wiesemann, J. (2000). *Lernen als Alltagspraxis. Lernformen von Kindern an einer freien Schule*. Bad Heilbrunn, Obb: Klinkhardt.
- Wieser, M. (2004). Inmitten der Dinge. Zum Verhältnis von sozialen Praktiken und Artefakten. In K.-H. Hörning & J. Reuter (Hrsg.), *Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis* (S. 92–107). Bielefeld: transcript.
- Winterhoff, M. (2008). *Warum unsere Kinder Tyrannen werden oder: die Abschaffung der Kindheit*. Gütersloh: Gütersloher Verlags-Haus.
- Wolff, S. (1983). *Die Produktion von Fürsorglichkeit*. Bielefeld: AJZ Druck + Verlag.
- Wolff, S. (2000a). Dokumenten- und Aktenanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 502–513). Reinbek: Rowohlt.
- Wolff, S. (2000b). Wege ins Feld und ihre Varianten. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 334–345). Reinbek: Rowohlt.
- Woodhead, M. (2009). Child development and the development of Childhood. In J. Qvortrup, W.A. Corsaro, & M.-S. Honig (Hrsg.), *The Palgrave Handbook of childhood studies* (S. 71–97). Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Wrana, D. (2012). Diesseits von Diskursen und Praktiken. Methodologische Bemerkungen zu einem Verhältnis. In B. Friebertshäuser, H. Kelle, H. Boller, S. Bollig, C. Huf, A. Langer, M. Ott, & S. Richter (Hrsg.), *Feld und Theorie: Herausforderungen erziehungswissenschaftlicher Ethnographie* (S. 185–200). Leverkusen: Budrich.
- Wrana, D. (2013). Die pädagogische Ordnung reifizieren. In A. Schäfer & C. Thompson (Hrsg.), *Pädagogisierung* (S. 55–68). Halle: Martin-Luther-Universität. <http://www.pedocs.de/volltexte/2013/7722/>. Zugriffen: 12.04.2013.
- Wrana, D., & Langer, A. (2007). An den Rändern der Diskurse. Jenseits der Unterscheidung diskursiver und nicht-diskursiver Praktiken. *Forum qualitative Sozialforschung*, 8(2), Artikel 20. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0702206>.
- Wulf, C., Althans, B., Audehm, K., Göhlich, M., Mattig, R., Tervooren, A., et al. (Hrsg.) (2004). *Bildung im Ritual. Schule, Familien, Jugend, Medien*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Zeck, T. (2000). *Erziehungswissenschaftliche Ethnographie*. Trier: Universität Trier.
- Zeiher, H. (1996). Kinder in der Gesellschaft und Kindheit in der Soziologie. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 16(1), 26–46.
- Zeiher, H. (2000). Der Blick auf Kindheitsgenerationen. 1980 und zwanzig Jahre danach. In H. Thomas & N. Weber (Hrsg.), *Kinder und Schule auf dem Weg* (S. 56–66). Weinheim u.a: Beltz.
- Zeiher, H. (2009). Ambivalenzen und Widersprüche der Institutionalisierung von Kindheit. In M.-S. Honig (Hrsg.), *Ordnungen der Kindheit. Problemstellungen und Perspektiven der Kindheitsforschung* (S. 103–126). Weinheim: Juventa.
- Zimmermann, P. (2006). *Grundwissen Sozialisation: Einführung zur Sozialisation im Kindes- und Jugendalter*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Zinnecker, J. (2000). Pädagogische Ethnographie. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 3(3), 381–400.
- Zinnecker, J. (2004). Konkurrierende Modelle von Kindheit in der Moderne. In D. Geulen & H. Veith (Hrsg.), *Sozialisationstheorie interdisziplinär. Aktuelle Perspektiven* (S. 293–316). Stuttgart: Lucius & Lucius.

8. Anhang

Kopien der eingereichten Publikationen

Erklärung

Danksagung

forschung. In M. Kaase & W. Schulz (Hrsg.), *Massenkommunikation. Theorien, Methoden, Befunde* (S. 314-336). Opladen (Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 30).

Rösing, H. (1992). Musik als Lebenshilfe? Funktionen und Alltagskontexte. In W. Lipp (Hrsg.), *Gesellschaft und Musik. Wege zur Musiksoziologie* (S. 311-331). Berlin: Duncker & Humblot.

Schmidt, A. (1999). Sound and Vision go MTV. Die Geschichte des Musiksenders bis heute. In K. Neumann-Braun (Hrsg.), *Viva MTV. Popmusik im deutschen Fernsehen* (S. 93-131). Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Schmidt, A. (2004). *Doing Peer Group. Die interaktive Konstitution jugendlicher Gruppenpraxis*. Frankfurt/M.: Lang.

Schmidt, A., Binder, J. & Deppermann, A. (2000). Wie ein Event zum Event wird – Ein Snowboardcontest im Erleben und in der kommunikativen Vergegenwärtigung Jugendlicher. In W. Gebhardt, R. Hitzler & M. Pfadenhauer (Hrsg.), *Events. Soziologie des Außergewöhnlichen* (S. 115-133). Opladen: Leske + Budrich.

Schmidt, A. & Neumann-Braun, K. (2003). Keine Musik ohne Szene!? Ethnographische Perspektiven auf die Teilhabe „Allgemein Jugendkulturell Orientierter Jugendlicher“ (AJOs) an Popmusik. In K. Neumann-Braun, A. Schmidt & M. Mai (Hrsg.), *Popvisionen. Links in die Zukunft* (S. 246-272). Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Schmidt, A. & Neumann-Braun, K. (2004). *Die Welt der Gothics*. Wiesbaden: VS.

Schmidt, A. (2006). Drill und Kasernierung als Attraktionsstrategie in Real-Life-Formaten. In B. Richard & K. Neumann-Braun (Hrsg.), *Ich-Armeen. Täuschen – Tarnen – Drill* (S. 57-77). München: Fink.

Silbereisen, R. K. (1986). Entwicklung als Handlung im Kontext: Entwicklungsprobleme und Problemverhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 6, 1, 29-46.

Soeffner, H.-G. (1992). Stil und Stilisierung. Punk oder die Überhöhung des Alltags. In H.-G. Soeffner, *Die Ordnung der Rituale. Die Auslegung des Alltags* 2 (S. 76-101). Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Straus, F. & Höfer, R. (1997). Entwicklungslinien alltäglicher Identitätsarbeit. In H. Keupp & R. Höfer (Hrsg.), *Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung* (S. 270-307). Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Süss, D. (2004). *Mediensozialisation von Heranwachsenden. Dimensionen – Konstanten – Wandel*. Wiesbaden: VS.

Vollbrecht, R. (2002). *Jugendmedien*. Tübingen: Niemeyer.

Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. H. (1969). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.

Zinnecker, J. (2000). Selbstsozialisation. Essay über ein aktuelles Konzept. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 20, 3, 272-290.

Zinnecker, J. et al. (2002). *null zoff & voll busy. Die erste Jugendgeneration des neunzehnten Jahrhunderts*. Opladen: Leske + Budrich.

Dr. phil. Dagmar Hoffmann, Kunsthochschule Berlin, FG Theorie und Geschichte, Vertretung der Professur Medientheorie/Kommunikationswissenschaft, Bühringstr. 20, 13086 Berlin, E-Mail: dagmar.hoffmann@gmx.com

Dr. Axel Schmidt, Dipl. Päd., Dipl. Soz., Universität Basel, /i/f/m (Institut für Medienwissenschaft), Bernoullistr. 28, CH-4056 Basel, E-Mail: Axel.Schmidt@unibas.ch

Eingereicht am: 26.06.2007

Überarbeitung eingereicht am: 14.11.2007

Angenommen (submitted paper): 22.11.2007

Sabine Bollig

„Praktiken der Instrumentierung“. Methodologische und methodische Überlegungen zur ethnografischen Analyse materialer Dokumentationspraktiken in kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen

“Practices of Instrumentation”. Methodological and Methodical Considerations to an Ethnographic Research of Material Documentary-Practices in Pediatric Preventive Checkups

Der Beitrag führt in die objektorientierte Analyse von Vorsorgepraktiken in kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U1-U9) ein und diskutiert Aspekte der Beobachtbarkeit materialer Praktiken. Dies geschieht vor dem Hintergrund der aktuellen Kritik an den Instrumenten und ihrem Einsatz in den Untersuchungen. Diese Kritik wird kurz rekapituliert und im Hinblick auf die „Praktiken der Instrumentierung“ kulturanalytisch gewendet. Ausgehend vom Verhältnis von Dokumentationspraktiken und Dokumentationsobjekten in Bezug auf das Gelbe Vorsorgeheft wird die Produktivität des objektorientierten Forschungsansatzes der Actor-Network-Theory (ANT) dargestellt sowie zwei unterschiedliche methodische Operationalisierungen in ethnografischen mediensoziologischen Studien aufgezeigt und auf Datenmaterial aus der eigenen Forschungsarbeit bezogen. Abschließend wird eine Differenzierung ethnografischer Beobachtungsgegenstände skizziert, die auf die „praktische und lokale Vermittlungsarbeit“ der Dokumentationsobjekte fokussiert und zugleich Anschlüsse für eine analytisch-reflexive Methodenkombination anbietet. Schlüsselwörter: Actor-Network-Theory, Ethnografie, Kindervorsorgeuntersuchungen, Dokumentationsinstrumente und -praktiken

The article introduces the object orientated analysis of prevention-practices in pediatric checkups for children (U1-U9) and discusses some aspects of the accountability of material practices. Against the background of the current criticism on the instruments used in the checkups, this critical debate is shortly presented and brought into an culturalanalytical perspective of ‘practices of instrumentation’. In case of the relations between documentary practices and documentary objects concerning the prevention-booklet (“Gelbes Vorsorgeheft”) the productivity of the object orientated approach of the actor-network-theory (ANT) and two various methodological operationalizations in medicine-sociological ethnographic studies will be outlined and applied to data of the own research. Finally a differentiation of the ethnographic subjects of observation is sketched, which focuses on the ‘practical and local work of translation’ of the documentary objects and also accesses pathways to an analytical-reflexive combination of methods.

Keywords: actor-network-theory, ethnography, preventive medical checkups for children, documentary instruments and practices

Einleitung

Um geeignete Formen und Instrumente zur Prävention kindlicher Entwicklungsstörungen wird derzeit öffentlich gerungen. Vor dem Hintergrund kontinuierlich steigender Befundzahlen und einer ebenso kontinuierlich steigenden Anzahl von entwicklungsbezogenen Störungsbildern bei Kindern (Bühler-Niederberger, i. E.) werden die bestehenden Institutionen der Früherkennung, wie die medizinischen Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen, die Entwicklungsbeobachtung in Kindertageseinrichtungen oder andere „Frühwarnsysteme“, umfassend und kritisch auf ihre bisher erbrachten Leistungen und weiteren Potenziale befragt. Dabei geht es bei den Optimierungsbemühungen vor allem auch um Fragen der geeigneten Instrumente zur zuverlässigen Identifikation von Entwicklungsrisiken (wie z.B. Sprach- und Entwicklungstests, Screeningbatterien, Somatogramme, Dokumentationsinstrumente und Fragebogen).

Dieser Beitrag bezieht sich auf Aspekte der Kritik an den Kindervorsorgeuntersuchungen, die ich zusammenfassend als *Kritik an der mangelnden Instrumentierung der Vorsorgepraxis* bezeichnen möchte. Diese Kritik wird in der eigenen Forschungsarbeit aufgegriffen und kulturanalytisch gewendet sowie nach dem konstitutiven Beitrag der Instrumente für die soziale Praxis der Prävention und Früherkennung von Entwicklungsstörungen gefragt. Entsprechend treten als Untersuchungsgegenstand nicht mangelnde Effekte des Umgangs mit den Instrumenten hervor, sondern die „Praktiken der Instrumentierung“, welche eine Rekonstruktion der Logik der Vorsorgepraxis entlang materialer Praktiken erlauben. In diesem Beitrag wird dieser Forschungszugang am Beispiel von Dokumentationsobjekten entfaltet und Fragen der Beobachtbarkeit von materialen Praktiken diskutiert. Dazu wird in das Feld der Kindervorsorgeuntersuchungen und die Kritik an einem der zentralen Untersuchungsinstrumente, dem „Gelben Vorsorgeheft“, eingeführt (1). Das dabei thematisch werdende Verhältnis von Dokumentationsinstrumenten und Dokumentationspraktiken wird methodologisch entlang der Actor-Network-Theory (ANT) als Gegenstand objektorientierter Analysen konzeptualisiert (2). Unter Verweis auf die geringe methodische Ausarbeitung der ANT werden exemplarisch zwei konkrete Operationalisierungen dieser Beobachtungsgegenstände an Studien aus dem Bereich der Organisations- und Medizinsoziologie dargestellt und entlang der Unterscheidung zwischen ‚Praktiken mit Dingen‘ und ‚Praktiken der Dinge‘ diskutiert und auf Material aus der eigenen Forschungsarbeit bezogen (3). Abschließend wird eine Differenzierung von Beobachtungsgegenständen in Bezug auf die teilnehmende Beobachtung und eine reflexive Methodenkombination skizziert (4).

1. Zur Relevanz einer instrumentenbezogenen kulturanalytischen Erforschung von Kindervorsorgeuntersuchungen

1.1 Problemaufriss: Das Feld der Kindervorsorgeuntersuchungen und die Kritik an der Vorsorgepraxis

Zweck der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9) ist eine frühzeitige Identifikation von Entwicklungsrisiken bei Kindern entlang der „Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Ent-

wicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (Kinder-Richtlinien, 2005). Dazu wird der Entwicklungsverlauf des Kindes entlang von neun Einzeluntersuchungen von der Geburt (U1) bis zum Alter von gut fünf Jahren (U9) verfolgt und im „Kinder-Untersuchungsheft“ (im Folgenden auch „Gelbes Heft“ oder „U-Heft“ genannt) dokumentiert. Der Anspruch auf Teilnahme ist an den Krankenversicherungstatus gebunden und im Sozialgesetzbuch (SGB 5) bundeseinheitlich geregelt. Zweck, Untersuchungsbereiche und -zeiträume der einzelnen Untersuchungen sind in den „Kinder-Richtlinien“ (2005) festgelegt, eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an den Untersuchungen war bisher nicht vorgesehen.¹ Neben den Reformbemühungen zur Steigerung der Teilnahmeraten befinden sich die Kinder-Richtlinien derzeit in einem umfassenden Überarbeitungsprozess. Dieser Prozess basiert vor allem auf der Kritik an der nicht ausreichend validen und breiten Früherkennung möglicher Entwicklungsrisiken und schließt sowohl die Aufnahme neuer Untersuchungsbereiche und -instrumente ein als auch die Steigerung der Reliabilität und Validität des bisherigen Untersuchungsprogramms (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2005).

Einen besonderen Stellenwert nimmt in diesem Überarbeitungsprozess das „Kinder-Untersuchungsheft“ ein, welches den Eltern nach der Geburt ausgehändigt wird und als eine Art ‚mobile Vorsorgeakte‘ bei ihnen verbleibt. Es ist zu jeder Vorsorgeuntersuchung vorzulegen. Zur Dokumentation der Vorsorgeergebnisse befindet sich im U-Heft für jede Untersuchung ein Eintrageschema in dem einzelne Befunde und das Ergebnis der Gesamtuntersuchung festgehalten werden. Der Arzt ist gehalten unter der Überschrift „Jetzige Früherkennungsuntersuchung: Kein Anhalt für eine die Entwicklung gefährdende Gesundheitsstörung“ ein Kreuz zu machen,² falls ‚alles in Ordnung ist‘ oder die entsprechenden Gesundheitsstörungen laut Kennziffernkatalog aufzulisten. Das Untersuchungsheft dient entsprechend zur Steuerung und Unterstützung der Vorsorgepraxis und zur fortlaufenden Dokumentation der personenbezogenen Befunde. Aktuell steht es besonders im Hinblick auf diese Dokumentationsfunktion in der Kritik.

Als besonders markant fällt dabei auf, dass in den Kindervorsorgeheften die Zahl der dokumentierten Befunde seit Jahren eher sinkt, wohingegen sie in anderen Erhebungen kontinuierlich steigt. 1995 lag die Anzahl der dokumentierten Befunde in den Vorsorgeheften z.B. bei 5 % (vgl. Robert Koch-Institut, 2004).

1 Im Zuge der Debatte um „Frühwarnsysteme“ und „Frühe Hilfen“, die alle Kinder erreichen sollen, haben sich in den vergangenen Jahren Initiativen gemeht, die auf eine höhere Verbindlichkeit an der bisher freiwilligen Teilnahme zielen. Die Bundesregierung hat die Kompetenz zur entsprechenden Ausgestaltung von Gesetzesvorlagen an die Länder zurückverwiesen, was 2007 bereits in mehreren Bundesländern zu einer Landesgesetzgebung in Bezug auf ein ‚verbindliches Einladewesen‘ geführt hat.

2 Als ein erstes „Zwischenergebnis“ des Überarbeitungsprozesses der Kinder-Richtlinien kann die Herausgabe eines überarbeiteten Gelben Vorsorgeheftes gelten, das seit 2006 sukzessiv Einzug in die Vorsorgepraxis erhält. Darin ist u.a. die abschließende Gesamtbeurteilung verändert worden, die nun „Gesamteindruck: Kind altersgerecht entwickelt. Ja / Nein“ lautet. Unser derzeitiges Datenmaterial (Stand August 2007) bezieht sich jedoch überwiegend noch auf die ältere Version des Heftes, daher steht sie hier im Vordergrund.

Wie hoch die Zahl der Kinder in Deutschland aktuell ist, die in einzelnen oder mehreren Entwicklungsbereichen Verzögerungen oder Störungen aufweisen, kann aufgrund der mangelnden einheitlichen Statistik nur annähernd bestimmt werden. Die allgemeine Prävalenz von „Entwicklungsstörungen im Vorschulalter“ wird von Fendler (2005) bei ca. 10 % angesetzt³ – eine Zahl, die durchaus moderat anmutet, weisen doch die Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen, in denen der Entwicklungs- und Gesundheitsstatus aller schulpflichtigen Kinder vor Schuleintritt medizinisch überprüft wird, in den verschiedenen Entwicklungsbereichen weitaus höhere Zahlen aus (bspw. Hessischer Kinder- und Jugendbericht, 2006: Störungen im Bereich der Sprachentwicklung bei 15 % der Kinder). Die geringe Dokumentation von Auffälligkeiten in den Vorsorgeheften wird in der Debatte selbst in mehrfacher Hinsicht plausibilisiert. Zum einen wird es als Ausdruck einer schlechten Vorsorgepraxis gelesen, in der Auffälligkeiten nicht als solche erkannt oder markiert werden. So verweisen Studien, die die Eintragungen in die U-Hefte und angeordnete Behandlungen von Entwicklungsstörungen auswerten, darauf, dass die Vorsorgepraxis der Pädiater nur „ca. 23-55 % der Kinder erfasst, die in Nachfolgetests als sprachauffällig eingestuft wurden“ (Anke, 2004, S. 73). Auch schwere Entwicklungspathologien würden häufig übersehen, was Meunzel (2003) in einer retrospektiven Auswertung von über 200 Vorsorgeuntersuchungsheften für 41 % der Kinder, die eine schwere infantile Cerebralparese aufweisen, und 77 % der Kinder mit schwerer geistiger Retardierung für die ersten sieben Vorsorgeuntersuchungen nachweist. Allhoff und Weidmann (2000) kommen entsprechend zu dem Schluss, dass die „Qualität der Untersuchungen von der Kompetenz und vom Engagement des untersuchenden Arztes abhängig“ ist und Fendler (2005) kritisiert in Bezug entsprechende Interviewstudien, dass den Kinderärzten häufig die kritische Reflexion auf die mangelnde Methodizität ihrer Untersuchungspraxis fehle (ebd., S. 24).

Des Weiteren wird zur Erklärung der Diskrepanz der Befundzahlen herangezogen, dass Kinder, die in den Schuleingangsuntersuchungen auffallen, seltener von ihren Eltern bei allen Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt werden. Vor allem werden jedoch die Dokumentationspraktiken in den Vorsorgeuntersuchungen selbst kritisiert, hier würden Verdachtsdiagnosen und Befunde nicht ausreichend im Gelben Vorsorgeheft eingetragen, um den Sorgen der Eltern vor der Stigmatisierung ihres Kindes Rechnung zu tragen (Robert Koch-Institut, 2004, S. 165). Für die Vorsorgeleistung der Untersuchungen ist dies jedoch als äußerst problematisch zu bewerten, denn diese bauen in ihrer Prozessbezogenheit gerade darauf auf, dass die Grenzziehung zwischen auffällig/unauffällig anhand der Dokumentation von Verdachtsdiagnosen oder Durchgangsphänomenen für eine vom konkreten Arzt unabhängige Beobachtung verfügbar gehalten werden kann.

Im Horizont dieser recht umfassenden Kritik an den Vorsorgeleistungen und dem Umgang mit den Untersuchungs- und Dokumentationsinstrumenten in den

3 Unter Entwicklungsstörungen werden Störungen in den normalen Mustern des Fertigkeitserwerbs in der frühkindlichen Phase verstanden, die nicht allein durch eine Intelligenzminderung oder eine spezifische angeborene oder erworbene neurologische Störung erklärbar sind (Döpfner et al., 2004; die Definition im internationalen Klassifizierungssystem der WHO: ICD 10 F 80-89).

Kinderarztpraxen schließen die aktuellen Reform- und Optimierungsbemühungen auch die Distribution und Sicherung der ordnungsgemäßen Anwendung von neuen Instrumenten ein (siehe z.B. das ausführliche Diagnosemanual, das dem Gesundheits-Checkheft des BVKJ e. V. beiliegt).

1.2 Die Kritik an der „mangelnden Instrumentierung der Praxis“ als Ausgangspunkt für kulturalanalytische Fragestellungen

Die oben genannten quantitativen Studien setzen meist retrospektiv die dokumentierten Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen in den Untersuchungsheften in Beziehung zu eigenen Tests und Untersuchungen und schließen daraus auf verschiedene Mängel in der Untersuchungspraxis. Doch wie werden die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen produziert bzw. welche Instrumente, Tests, Screenings und weiteren Untersuchungsinstrumente werden wie eingesetzt und situativ gehandhabt – und wie wirken sie auf die Praxis selbst ein? An diese Fragen setzt eine qualitativ-rekonstruierende Untersuchung der Vorsorgepraxis an, die, anders als Wirkungs-, Evaluations- und Implementationsstudien (wie z.B. Anke, 2004), nicht die Passung von intendierten und realisierten Effekten im Einsatz von Instrumenten bewertend erfasst, sondern aus empirisch-explorativer Perspektive nach ihren konstitutiven Anteilen an der Vorsorgepraxis fragt. Anstatt vordergründig die falsche Anwendung, schlechte Konstruktion oder mangelnde Validität des Instrumentes zu kritisieren, wird hier ein Forschungsprogramm vorgestellt, das die Kritik an den Untersuchungsinstrumenten kulturalanalytisch wendet und deren praktische Wirksamkeit selbst untersucht (Bollig & Ott, i. E.). In dieser Perspektive erweisen sich die Vorsorgehefte als „ein in der Performanz realisiertes spezifisches Werkzeug für einen Zweck in einem konkreten Kontext“ (Rammert, 1999, S. 7). Ausgehend von diesem Instrumentenbegriff rekonstruiert die Praxisanalyse der Vorsorgepraxis nicht den Umgang mit den Dokumentations- und Untersuchungsinstrumenten, sondern die *Praktiken der Instrumentierung*.

Qualitative Studien, die die Durchführungspraxis der Kindervorsorgeuntersuchungen explorieren, liegen bisher nicht vor (vgl. für eine quantitativ orientierte Untersuchung der Durchführungspraxis der U3: Ehrlich et al., 1988). An diesem Forschungsdesiderat setzt das DFG-Forschungsprojekt „Kinderkörper in der Praxis“ aus kindheitssoziologischer Perspektive an und rekonstruiert die Prozessierung von Entwicklungsnormen in den Kindervorsorgeuntersuchungen (U3-U9) und Schuleingangsuntersuchungen mit den Methoden der Ethnografie.⁴ Dabei werden aus praxisanalytischer Perspektive (vgl. Reckwitz, 2003) auch explizit die Objekte des Feldes in die Analyse einbezogen; die „Praxis des Kinderarztes“ besteht in diesem Verständnis aus einem routinisierten und materialisierten Set an Praktiken (Kelle 2006, 2007; Bollig & Ott, i. E.).

4 Das DFG-Projekt (Laufzeit 2006-2010) wird unter Leitung von Prof. Dr. Helga Kelle und der Mitarbeit der Autorin u.a. an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt durchgeführt. Derzeit bestehen Feldforschungskooperationen zu zehn Kinderarztpraxen und fünf kinder- und jugendärztlichen Diensten kommunaler Gesundheitsämter. Der Datenkorpus besteht aus Beobachtungsprotokollen, Gesprächsnotizen, Interviews und Felddokumenten sowie U-Heften, Tests, Fragebögen, Merkzetteln, Patientenakten etc. Ich danke der gesamten Projektgruppe und insbesondere Helga Kelle für die kritische Diskussion früherer Versionen dieses Textes.

Methodisch ist somit der Anspruch formuliert, im Sinne einer feldsensiblen Methodenentwicklung (Amann & Hirschauer, 1997) die materiale Welt der Vor- sorgeuntersuchungen in die Feldforschungs- und Analysearbeit zu integrieren.

2. Das wechselseitig konstitutive Verhältnis von „Kinder-Untersuchungs-Heft“ und Dokumentationspraktiken

2.1 Zur methodologischen Konzeptualisierung des Verhältnisses von Objekten⁵ und Praktiken in der Actor-Network-Theory

Die praxisanalytische Erforschung von Objekten wie Alltagsgegenständen, Instrumenten und Dokumenten ist für die Erziehungswissenschaften oder die Kindheitssoziologie jedoch insbesondere im deutschsprachigen Raum bisher selten durchgeführt worden.⁶ Erst in jüngster Zeit wird zum Beispiel für die Kindheitsforschung herausgestellt, dass die praxisanalytische Forschung zu Kinderkörpern „das Aufspüren der Mittel, der verschiedenartigen Materialien und Praktiken, die in ihre Konstruktion und Erhaltung einbezogen sind“ (Prout, 2003, S. 46), zu berücksichtigen habe. Als produktiv erweist sich der Blick in die Medizinsoziologie. Hier häufen sich mittlerweile Forschungsarbeiten, die aus techniksoziologischer Perspektive die Verquickung von menschlichen und technischen Akteuren für Praktiken der Diagnostik, Behandlung und Pflege beschreiben (vgl. dazu exemplarisch Place, 2000).

Bezugspunkt dieser Forschungsarbeiten ist häufig die Actor-Network-Theory (ANT) (Latour, 1996), die mit den Begriffen des „Aktanten“, der „Translation/Vermittlung“ und der „heterogenen Netzwerke“ zentrale Konzepte für eine objektorientierte Analyse zur Verfügung stellt. In radikal symmetrisierender Perspektive werden die menschlichen wie nicht menschlichen Akteure gleichermaßen als ‚Handlungsträger‘ modelliert, wobei deren ‚Handlungsfähigkeit‘ (Aktantialität) aus dem Vermögen auf andere einzuwirken, sie zu transformieren, erwächst. Daher zieht Latour dem Begriff des Akteurs den Begriff des Aktanten vor – als „something that acts or to which activity is granted by others“ (Latour, 1996, S. 373). Diese Transformationsprozesse sind es, die als Translationen/Vermittlungen in verketteter Form relativ stabile und heterogene Netzwerke emergieren lassen, die dann wiederum als Kontext weiterer Translationen fungieren. Die empirische Referenz von Netzwerken stellt dementsprechend „die *Zusammenfassung* von Interaktionen durch verschiedene Arten von Vorrichtungen, Inskriptionen, Formen und Formeln in seinem sehr lokalen, sehr praktischen, sehr kleinen Ort“ (Latour, 2006, S. 564) dar. Den mate-

5 Die Begriffe Objekt, Artefakt, nicht menschlicher Akteur und Ding werden in der ANT meist synonym benutzt. Davon ist der Begriff der Materialität abzugrenzen, der auf die (relationierten) Eigenschaften von Objekten, d.h. eine gewisse Widerständigkeit und Stabilität in Zeit und Raum, verweist (vgl. zur Kritik an der begrifflichen Ungenauigkeit der ANT und der relationalen Struktur von Materialität: Sørensen, 2007).

6 Das heißt nicht, dass keine Objekte analysiert würden. Dies geschieht jedoch eher auf der Ebene einer Bild- oder Dinghermeneutik, strukturaler Objektanalysen oder Dokumentenanalysen (vgl. Lueger, 2000). Das hier angesprochene Desiderat wird explizit im Hinblick auf *praxisanalytische Objektanalysen* markiert (dazu jedoch Bolwig, 2003; Sørensen, 2007).

rialen Aktanten kommt dabei innerhalb dieser heterogenen Netzwerke die Aufgabe zu, die im Netzwerk verteilten Prozesse zu lokalisieren (zu rahmen) und gleichzeitig zu de-lokalisieren, denn „jedes Mal, wenn eine Interaktion in der Zeit andauert und sich im Raum ausweitet, dann heißt das, dass man sie mit einem nicht-menschlichen Akteur geteilt hat“ (Latour, 2001, S. 248). Trotz der Produktivität, die die primär fallbezogen ausgearbeitete ANT mit diesem semiotischen Modell (vgl. Latour, 2000; Belliger & Krieger, 2006, S. 24ff.) von Aktanten-Netzwerken gerade auch für die ethnografische Forschung entfaltet, steht eine dezidiert methodenbezogene Reflexion einer an der ANT orientierten Forschung jedoch weitestgehend noch aus (vgl. Bruni, 2005).

2.2 Materiale Praktiken als Beobachtungsgegenstände ethnografischer Forschung

Auch im Folgenden soll es um methodische Fragen zur praxisanalytischen Einbindung von Objektanalysen gehen, denn das Latour'sche Diktum, dass die „Dinge etwas machen“ (Latour, 2001, S. 245), fordert den traditionell stärker an menschlichen Interaktionen und Praktiken orientierten ethnografischen Erhebungs- und Auswertungsprozess eben genau auf die Explikation dieses Machens heraus (vgl. Hirschauer, 2001). Kelle (2007) hat einen methodischen Ansatz für eine Instrumentenanalyse dargelegt, in welchem systematisch zwischen der Analyse der Gestalt und Konstruktion des Instrumentes einerseits und der Analyse ihres Gebrauchs andererseits unterschieden wird. Richtet sich die Analyse des Gebrauchs von Dokumenten/Instrumenten auf ihre je situative Relevanz und die sozialen Leistungen innerhalb von Praktiken, so zielt die Rekonstruktion der Konstruktionslogik des Instruments auf das spezifische Potenzial seiner materialen Gestalt und Repräsentationsarbeit. Zudem hebt Kelle die Produktivität der Methodenkombination von Instrumenten/Dokumentenanalysen und ethnografischer Praxisanalyse gerade auch im Hinblick auf die zeitlich erst einmal entkoppelten Analysevorgänge hervor. Denn „zum einen befremdet eine solche Form der Analyse, indem sie die Instrumente aus der Selbstverständlichkeit ihres Gebrauchs herauslöst und isoliert analysiert, damit schult sie zum anderen den symmetrischen Blick, der es vermeidet, den Part der menschlichen Akteure in sozialen Praktiken überzubetonen oder die Perspektive der menschlichen Akteure in der Beobachtung der Praxis zu privilegieren“ (ebd., S. 204).

Hier soll nun die objektorientierte Analyse stärker auf die teilnehmende Beobachtung rückbezogen und spezifiziert werden. Teilnehmende Beobachtung wird im Anschluss an die „reflexive Wende“ in der Ethnografie (Berg & Fuchs, 1996) jedoch nicht lediglich als Verfahren des Material erhebenden Mit-Vollzugs einer Praxis begriffen, sondern als spezifische Form der Datenproduktion im wechselseitig konstitutiven Bezug von „Präsenz-Sein und Re-Präsentieren“ (Kalthoff, 2003), Beobachtung und Beschreibung. Die Beantwortung der Frage „But how can non-humans be observed?“ (Bruni, 2005, S. 358) schließt entsprechend als Beobachtungsgegenstände sowohl die Ausrichtung auf *beobachtbare* Ereignisse im Feld als auch deren begriffliche Konstitution als Beobachtungsgegenstände ein.⁷

7 Vgl. dazu auch das Konzept der „analysis-in-description“ bei Emerson, Frazer und Shaw (1995, S. 106f.).

Wie kann also das Verhältnis von Dokumentationspraktiken und Untersuchungs- und Dokumentationsobjekten – wie dem „Gelben Heft“ – innerhalb der teilnehmenden Beobachtung und der Analyse von Vorsorgeuntersuchungen konzipiert und methodisch umgesetzt werden? Hier lohnt ein Blick auf zwei ethnografische Studien aus dem Bereich der Medizin- und Organisationssoziologie, die sich ausgehend von der ANT mit Dokumentationspraktiken in Krankenhäusern beschäftigen.

2.3 *Praktiken mit Dingen und Praktiken der Dinge⁸ – ethnografische Beobachtungsgegenstände in der Dokumentationsarbeit in Krankenhäusern*

Berg hat ausgehend von seiner „technology-in-practice-orientation“ (Timmers & Berg, 2003) eine Studie zum Patient Report (1996) vorgelegt, in welcher er dessen *konstitutive* und nicht lediglich repräsentierende Rolle für die medizinische Arbeit rekonstruiert.⁹ Der Medical Report fungiert dabei als Aktant, „which mediates the social relations, that act and work through it“ (ebd., S. 499). So analysiert er entlang von Beobachtungsprotokollen der Erstvorstellung/Anamnese, wie dort der Medical Report als Medium der Lese- und Schreibpraktiken des Arztes dient und eine hochselektive, abstrakte und distanzierte Re-Präsentation des aktuellen Beschwerdeanlasses erlaubt, da er die multiplen Informationsquellen (Arztbriefe, Röntgenbilder, Testergebnisse, Erzählungen des Patienten) in einer eindimensionalen Form von knappen Sätzen auf einem Blatt Papier abbildet und so eine spezifische (re)präsentierende Konstitution des Patientenkörpers ermöglicht. Die weitere Arbeit („work“) des Medical Reports rekonstruiert Berg entlang der Krankenhausroutinen im Sammeln („collecting“), Verteilen („distributing“) und Summieren („summarizing“). In ihnen realisiert sich die Leistung des Medical Reports in der zeitlichen, sozialen und sachlichen Vermittlung/Übersetzung von ärztlichen und pflegerischen Praktiken, Organisationsroutinen und Patientenkörpern, als „body manageable for the hospital's routines“ (ebd., S. 511). Sozial konstituiert der Medical Report die Routinisierung und permanente Aktualisierung der arbeitsteiligen Hierarchien und setzt Praktiken in Gang, was „action at a distance“ ermöglicht. Am Beispiel des „Re-Working“ der formalen Strukturen des Medical Reports durch informelle Praktiken zeigt sich der wechselseitige

8 Diese Differenzierung nutzt einen begrifflichen Vorschlag von Wiesner (2003), der damit in theorie-systematischer Perspektive die Differenz der ANT zu anderen, objektorientierten Theorien deutlich macht. Hier wird die Unterscheidung jedoch für die Binnendifferenzierung von Beobachtungsgegenständen innerhalb der ANT genutzt.

9 Für einen Typus der Analyse von Dokumentationsobjekten in Krankenhäusern, bei denen die Rolle von Objekten passiv im Verhältnis zu den kognitiv-kulturellen Repräsentationen des Pflegepersonals modelliert wird, stehen die Forschungsarbeiten von Maeder (2000). Ausgehend von der kognitiven Anthropologie und dem symbolischen Interaktionismus wird die soziale Rolle der Objekte bei Maeder darin bestimmt, „die prinzipiell flüchtigen Interaktionen auf Interpretationsmaterial als kommunikative Ressource [zu] stützen (...), die in objektivierter Form als Text, Bild und anderes mehr verfügbar sind“ (ebd., S. 686). Das Verhältnis von Dokumentationsobjekten und -praktiken innerhalb von Krankenhausroutinen wird bei ihm entsprechend als Problem der Passung von kulturellen Teilnehmerrepräsentationen und den Repräsentationsformaten untersucht.

Bezug von Dokumentationsobjekt und -praktiken zudem daran, dass in Fällen, in denen der Report knapper als vorgesehen ausgefüllt wird, da sich die Beteiligten auf informelle Routinen des Lesens und Schreibens verständigt haben, gerade dies das reibungslose Funktionieren des Reports als effektives und zeitsparendes Instrument ermöglicht. „The continuous working around and re-interpreting of the record's contents allows the record to function – to distribute and collect, and thereby transform, the very work of those who bring it alive“ (ebd., S. 515).

Das Verhältnis von Untersuchungs-/Dokumentationspraktiken und Dokumentationsobjekten, das hier im Hinblick auf die Rolle des U-Heftes interessiert, lässt sich in Anlehnung an Berg als eine praktische Übersetzung heterogener Akteure in Praktiken des Lesens, Schreibens, Wiederlesens und Kommentierens beschreiben, wobei jeweils der eine Aktant dem anderen das weitere Prozessieren in der transformierenden Relationierung ermöglicht. Beobachtungsgegenstand sind bei Berg entsprechend die Praktiken, in denen die Dokumentationsobjekte „mitte drin stecken“ und deren Leistungen er analytisch in einer akteursorientierten Beschreibung hervorhebt.

Dahingegen steht bei Bruni (2005) stärker die Relationierung von Objekten als bereits real wirksamer Kontext im Vordergrund seiner teilnehmenden Beobachtung des Electronic Patient Records (EPR) im Krankenhaus. Ihn interessiert vor allem das „bond among objects in use, actors and everyday organizational routines“ (ebd., S. 364), dazu hebt er für die Analyse besonders hervor, wie die einzelnen Objekte des Krankenhaustags (Patientenfragebögen, Akten, Post-its und der EPR) miteinander relationiert sind und gerade dadurch die Interaktionen des Krankenhauspersonals formen („to guide“). So beschreibt er zum Beispiel wie die Verknüpfung von Laboregebnissen und Patientenakten spezifische Praktiken des Vervollständigens, Bearbeitens und Überwachens einfordern. Für Bruni ist es entsprechend der lokal wirksame Kontext, der die spezifische soziale Rolle der Objekte („context-dependency“) definiert und spezifische Beobachtungspraktiken herausfordert. Denn – so seine These – konsequenterweise kommt eine ethnografische Erforschung von Akteuren Netzwerken nicht umhin, ihren spezifischen Erfahrungsbegriff auf die Teilhabe und Beobachtbarkeit von relationierten Objekten in Netzwerken auszurichten. Er schlägt dazu als Strategie der teilnehmenden Beobachtung das „Shadowing“, das Beschatten der Dokumentationsobjekte, vor: „looking at the relations of which it is part, the contexts in which it is located, the practices that construct it socially, and the other s-objects, that cross its trajectory“ (ebd., S. 362). Bruni sensibilisiert für den hier interessierenden Zusammenhang entsprechend für die Fragen, wie das U-Heft mit anderen Objekten interagiert und wie diese Relationiertheit spezifische Praktiken erforderlich macht und formt. Überspitzt formuliert interessiert sich Berg auf der Beobachtungsebene für die *Praktiken mit Dingen*, bei Bruni sind es die *Praktiken der Dinge* (innerhalb der, wie er es nennt, „community of objects“, ebd.).

Ausgehend von Brunis Analysevorschlagn fallen jedoch die Besonderheiten des U-Heftes gegenüber den Dokumentationsobjekten in Krankenhäusern auf. Das U-Heft „interagiert“ mit vielen anderen Objekten (Impfpass, Überweisungen, Patientenakten etc.) und es ist als „mobile Vorsorgeakte“ in sehr unterschiedliche Kontexte eingebunden (Geburtskliniken, kinderärztliche Vorsorgepraxis,

andere medizinische Untersuchungen und Therapien, aber auch Anmeldeverfahren in Kindertageseinrichtungen und familiäre Kontexte) – seine spezifische Relationiertheit ist entsprechend als Inter-Kontextualität zu beschreiben. Es durchwandert diese unterschiedlichen Kontexte und ist in diesem Sinne viel mobiler als die Beobachtung selbst es sein könnte. Muss man darauf mit dem Beschatten des Heftes reagieren und ihm in diese unterschiedlichen Kontexte folgen? Ausgehend von Bergs Verhältnis von Beobachtung der *Praktiken mit Dingen* und der analytischen Hervorhebung der Arbeit von Dokumentationsobjekten kann im Weiteren am eigenen Material illustriert werden, dass ein solches Beschatten nicht zwingend erforderlich ist. Denn das Beispiel zeigt auf, dass es gerade die interkontextuelle Verweisungsstruktur des U-Heftes ist, die in den Dokumentationspraktiken interaktiv wirksam wird, was methodisch auf die ganz und gar lokale Arbeit des U-Heftes in der kinderärztlichen Praxis als Gegenstand der ethnografischen Beobachtung verweist.

3. „Praktiken der Instrumentierung“ in den materialen Praktiken der Dokumentation in der Vorsorgepraxis

Es handelt sich beim vorliegenden Material um einen Auszug aus dem Beobachtungsprotokoll einer U8. Der Patient Kai ist 4,4 Jahre alt. Nach der körperlichen Untersuchung des Kindes sitzt der Arzt Dr. Spötz an seinem Schreibtisch, schaut (wieder lesend) noch einmal alle Dokumente und das Ergebnis des Entwicklungstests in der elektronischen Patientendatei durch und resümiert die Untersuchungsergebnisse:

Der Arzt spricht die Mutter nun auf Kais heisere Stimme an, dieser sei ja „dauerhafter von der Stimme her, nicht wahr?“. Die Mutter, Frau Mischko, bestätigt. Ob er denn viel schreie, hakt der Arzt nach. „Nö“, meint Frau Mischko, aber sie stimmt auf seine Nachfrage zu, dass Kai schon auch mal ganz schön laut sei und sie sich auch „aktiv laut“ ihm gegenüber durchsetzen müsse. „Das glaube ich gern“, erwidert der Arzt freundlich, meint man solle die Stimme aber mal kontrollieren lassen und lenkt das Gespräch auf die „Feinmotorik“, auch da müsse man was machen. Die Mutter bezieht dies auf sich und will wissen, was sie da denn tun könne. Dr. Spötz gibt ihr einige Tipps: Malen, und zwar mit Fingerfarben oder großen Pinseln, und auch Basteln. Da würde dann auch gleichzeitig die Konzentration gefördert. „Ich bin eh der Meinung, dass man die Konzentration trainieren muss“, erklärt er der Mutter. Eine schwache Konzentration sei keine Krankheit, „da brauchen wir auch keine Ergotherapie“. Sonst müsste er die Hälfte seiner Patienten zur Ergotherapie schicken. Sie solle aber erst einmal mit ihm üben, dann würde das mit der Konzentration schon besser werden. „Falls es nicht klappt, dann müssen wir das noch mal abklären.“ Er füllt abschließend zuerst die Patientendatei im Rechner aus und erkundigt sich auch noch mit welcher Hand Kai schreibe (Frau Mischko: mit rechts), wahrscheinlich ist dies die letzte noch offene Frage im Entwicklungstest. Anschließend macht er ihr die Überweisung für den HNO-Arzt fertig. Da solle sie überprüfen lassen, ob wegen der heiseren Stimme auch alles in Ordnung sei, „nicht dass da so kleine Knötchen auf den Stimmbändern sind“. Die Mutter sichert zu, dies überprüfen zu lassen. Er reicht ihr das U-Heft und erklärt ihr, dass er da jetzt „chronische Heiserkeit“ und „Feinmotorik“ reingeschrieben habe. „Aber nur so als Begriff, ohne dass weiter negativ zu bewerten“, rechtfertigt er sein Vorgehen. Er versucht ihr weiter zu erklären, warum

er das gemacht hat, aber sie springt ihm bereits verständnisvoll zur Seite und sagt: „Damit wir das mal im Auge behalten.“ „Genau“, meint Dr. Spötz, sonst sei ja alles in Ordnung. Die Überweisung bekomme sie draußen, erklärt er ihr, und verabschiedet sich anschließend von den Anwesenden. Wir gehen nach vorne zur Empfangstheke, er durch die Zwischentür direkt rüber in den nächsten Untersuchungsraum.

Wie oben in der Kritik an den Dokumentationspraktiken thematisiert, zeigt der Arzt auch hier eine gewisse Zurückhaltung gegenüber der definitiven Dokumentation von Entwicklungsauffälligkeiten. Er trägt im formalisierten Eintragschema im U-Heft keinen Vermerk ein, sondern nutzt das offene Feld für „Sonstiges“, um festzuhalten, was „im Auge behalten werden muss“. Gerade dadurch wird es möglich, die Befunde auf das wesentliche zu reduzieren und festzuhalten, gleichzeitig diese aber in Aufträge für die Mutter zu transformieren (verteilen). Jedoch ermöglicht diese Verteilungsarbeit nicht „action at a distance“ wie in den arbeitsteiligen Routinen des Krankenhauses, vielmehr wird mit dieser „materialen Praktik der Instrumentierung“ die Grenze der kinderärztlichen Praxis markiert, indem die Heiserkeit in Verbindung mit der Überweisung an den Facharzt (und die Aufgabe der Mutter, das Kind dort vorzustellen) delegiert und die Feinmotorik an die häuslichen Förderaktivitäten in der Familie verwiesen wird. Hätte der Arzt alternativ dazu den Befund im Bereich der Feinmotorik innerhalb des formalisierten Eintragschemas als Störung der motorischen Entwicklung (Kennziffer 16) dokumentiert, wäre er innerhalb des Schemas aufgefordert worden, auch die weitere Verfahrensweise (Kontrolluntersuchung, weitere Diagnostik oder Behandlungsschritte) zu dokumentieren. Das U-Heft ermöglicht somit im „Re-Working“ von Arzt und Mutter die medizinische Logik der Dokumentation zu bekräftigen („hier muss was gemacht werden“), aber gleichermaßen auch die Verschiebung des Problems von der Arztpraxis in die Familie, von einer Behandlungszu einer Erziehungsaufgabe zu markieren. Die Vermittlungsarbeit des U-Heftes – „to mediate the social relations that act and work through“ (Berg, 2003) – zeigt sich entsprechend als materialisierte Differenzierung von ärztlichen und elterlichen Pflichten und Aufgaben.

Bezogen auf die Logik der Untersuchung zeigt sich diese Dokumentationspraxis als hochgradig funktional. Denn die hohe Bedeutung, die den Vorsorgen zur Überprüfung und Optimierung der Entwicklung der Kinder zugesprochen wird, konfrontiert die Kinderärzte mit der paradoxen Aufforderung, medizinisch-pädagogische Optimierungsansprüche an die kindliche Entwicklung auch im Hinblick auf ihre nicht medizinischen Voraussetzungen zu bearbeiten. Eine Exitstrategie aus dieser widersprüchlichen Situation ist die „Behandlung der Eltern im Modus von Erziehung“ (Bollig & Kelle, 2008), die im Sinne einer „praktischen Präventionsökonomie“ insbesondere dann den Ausstieg aus der widersprüchlichen Anforderungssituation für die Ärzte verspricht, wenn sie zwar einerseits eine Grenzsetzung erlaubt, andererseits aber in die Logik der prozessualen Beobachtung eingebunden bleibt. Denn auch beim nächsten Mal kann der Arzt (oder ein anderer) auf das „semi-public memory“ (Berg, ebd.) des U-Heftes verweisen und darüber zumindest die Kontrolle der elterlichen Leistungen einfordern. Als „in der Performanz realisiertes spezifisches Werkzeug für einen Zweck in einem konkreten Kontext“ (Rammert, 1999) summiert und sammelt das U-Heft nicht nur die, vor allem auch für die Mutter, flüchtige Untersuchungspraxis in Form eines öffentlichen Befundes, sondern erfüllt als eigen-

ständige Leistung, die weitere Prozessierung und Synchronisierung von medizinischer Beobachtung und Optimierung, indem es in spezifischer Weise das Arrangement von Elternhaus und Arzt in die prozessbezogene Vorsorgepraxis einbindet.

4. Differenzierung der Beobachtungsgegenstände der „Praktiken der Instrumententierung“

Das Fallbeispiel zur Dokumentationspraxis in der Kindervorsorgepraxis hat aufgezeigt, wie die Inter-Kontextualität des U-Heftes in der Dokumentationspraxis selbst praktisch wirksam (und damit erst als Kontext real) wird und wie darüber das kritisierte „eigenwillige“ Dokumentationsverhalten von Kinderärzten als vorsorgeralional beschrieben werden kann. Das vorgestellte Beispiel steht am Ende einer Vorsorgeuntersuchung, die Übergabe des U-Heftes an die Mutter ist in dem Sinne ein Grenzerlebnis, das den Abschluss der Untersuchung markiert. Somit ist es vielleicht nicht verwunderlich, dass gerade hier die Inter-Kontextualität des U-Heftes hervortritt. Weitere Analysen haben nun ausdifferenzierend zu zeigen, wie Lese- und Schreibpraktiken mit dem U-Heft in den gesamten Untersuchungsablauf eingebunden sind, und vor allem auch mit welchen sonstigen Dokumentationspraktiken sie in der Praxis relationiert sind oder eventuell auch nicht. Hier verweist Brunis Methode des „Beschattens“ auf mögliche Variationen des Beobachtungsgegenstandes innerhalb der Rekonstruktion von längeren Verlaufsprotokollen, bei denen im Sinne praktischer Selektionsentscheidungen wahlweise das U-Heft oder andere Untersuchungs- und Dokumentationsobjekte bzw. die Kinder, Ärzte, Praxismitarbeiterinnen oder Eltern in den Vordergrund rücken können. Die Güte und analytische Produktivität der verschiedenen Schreibpraktiken innerhalb der ethnografischen Analyse ist nicht zuletzt von diesem Variantenreichtum der Beobachtungsprotokolle geprägt, die eine methoden- und gegenstandsreflexive „Befremdung“ (Amann & Hirschauer, 1997) in der Dezentrierung des auf menschliche Praktiken bezogenen Blicks produktiv in den Analyseprozess einbindet.

Für eine wie oben angedeutete Analyse bleibt die Beobachtung des ‚Machens der Dinge‘ in den Vorsorgeuntersuchungen jedoch auf die *Praktiken mit den Dingen* bezogen. Hier rückt als produktive Differenzierung neben der Variation der ‚Teilnehmerperspektiven‘ in der Beschreibung (Emerson, Frazer & Shaw, 1995, S. 108f.) die Unterscheidung von Beobachtung, Beschreibung und Analyse der Praktiken der Instrumententierung hervor, die als ‚geschichtete‘ Analysetätigkeiten auf unterschiedliche Weisen der schreibenden Konstitution der Beobachtungsgegenstände verweisen. Für die begriffliche Analyse der konstitutiven Bedeutung der Objekte, die in den Praktiken ‚drin stecken‘, bietet die Actor-Network-Theory eine praktische Semiotik heterogener Verweisungs- und Transformationsprozesse an, die die Heterogenität materialer Praktiken und die „Übergänge“ und Relationierungen von verschiedenen „Weisen der Konstitution von etwas als etwas“ (Rustemeyer, 2003, S. 179) begrifflich vor allem auch im Wechsel von der Beschreibung der Praktiken mit Dingen in den Beobachtungsprotokollen hin zu einer akteursorientierten Rekonstruktion der aktiven Leistung der Dinge ermöglichen.

Hier verweist die kurz skizzierte Ausdifferenzierung von Beobachtungsgegenständen zur Explikation materialer Praktiken wieder auf die von Kelle

(2007) vorgeschlagene Methodenkombination zurück. Denn anders als die teilnehmende Beobachtung können die auf Gestalt, Konstruktionslogik und Entstehungszusammenhang verweisenden Instrumente- bzw. Dokumentenanalysen den lokalen Kontext überschreiten und sensibilisieren, so nicht nur für das spezifische Potenzial (Aktualität) von Dokumentationsinstrumenten, sondern bringen auch andere Teilnehmerperspektiven und Lokaltäten, die als Kontexte praktisch wirksam werden können, zur Beschreibung. Durch diese reflexive Methodenkombination sensibilisiert sich die Ethnografie für das Netzwerk der Vorsorge, das über die Grenzen der Arztpraxis, in denen das U-Heft bearbeitet wird, hinausweist, aber durch die materialen Dokumentationspraktiken auch immer in ihnen verortet ist. Der Actor-Network-Theory folgend liegt insbesondere darin der aktive Anteil der Instrumente an den „Praktiken der Instrumententierung“ – das macht die objektorientierte Analyse für das Verständnis von Vorsorgeuntersuchungen und ihrer Logik *in situ* so interessant.

Literatur

- Allhoff, P. & Weidmann, V. (2000). Präventive Untersuchungen im Säuglings- und Kindesalter. In P. Allhoff, G. Flatten & U. Laaser (Hrsg.), *Krankheitsverhütung und Früherkennung. Handbuch der Prävention* (S. 112-123). Berlin: Springer.
- Amann, K. & Hirschauer, S. (1997). Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In S. Hirschauer & K. Amann (Hrsg.), *Die Befremdung der eigenen Kultur* (S. 7-52). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Anke, B. (2004). *Evaluation von Verfahren zur Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen bei zweijährigen Kindern*. Dissertation. München.
- Berg, E. & Fuchs, M. (Hrsg.). *Kultur, soziale Praxis, Text. Die Krise der ethnographischen Repräsentation*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health and Illness*, 18, 4, 499-524.
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ) (Hrsg.) (2006). *Manual zum Gesundheitscheck des BVKJ*. Köln.
- Belliger, A. & Krieger, D. J. (2007). Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie. In A. Belliger & D. J. Krieger (Hrsg.), *ANTHology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie* (S. 13-50). Bielefeld: transcript.
- Bollig, S. (2004). Zeigepraktiken: How to do quality with things. In M.-S. Honig, M. Joos & N. Schreiber (Hrsg.), *Was ist ein guter Kindergarten? Theoretische und empirische Analysen zum Qualitätsbegriff in der Pädagogik* (S. 193-226). Weinheim: Juventa.
- Bollig, S. & Kelle, H. (i. E.). Hybride Praktiken. Methodologische Überlegungen zu einer erziehungswissenschaftlichen Ethnografie kindermedizinischer Vorsorgetersuchungen. In B. Hünersdorf, C. Maeder & B. Müller (Hrsg.), *Ethnographie der Pädagogik*. Weinheim: Juventa.
- Bollig, S. & Ott, M. (i. E.). Entwicklung auf dem Prüfstand – zum praktischen Management von Normalität in Kindervorsorgeuntersuchungen. In H. Kelle & A. Tervooren (Hrsg.), *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung* (S. 127-145). Weinheim: Juventa.
- Bühler-Niederberger, D. (i. E.). Legasthenie – Realität und Realisierung eines Krankheitsbildes. In H. Kelle & A. Tervooren (Hrsg.), *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung* (S. 127-145). Weinheim: Juventa.
- Bruni, A. (2005). Shadowing Software and Clinical Records: On the ethnography of Non-Humans and Heterogeneous Contexts. *Organization*, 12, 3, 357-378.
- Döpfner, M. et al. (2004). *S-ENS. Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. Theoretische und statistische Grundlagen*. Göttingen: Hogrefe.

- Ehrlich, M., Heberling, R. & Ohrenberg-Antony, G. (Kinderdienst Korbach) (1988). *Analyse der Arzt-Eltern-Interaktion im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder*. Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung München.
- Fliender, J. (2005). *Früherkennung von Entwicklungsstörungen durch Erzieherinnen: Überprüfung der Gütekriterien des Dortmund Entwicklungscreensing für den Kindergarten* (DESK 3-6). Dissertation. Dortmund.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2005). *Inhaltliche Überarbeitung der Kinder-Richtlinien. Wortlaut Beratungsthema*. BAnz. Nr. 67 (S. 5707) vom 09.04.2005.
- Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) (2006). *Hessischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht*. Wiesbaden. Online im Internet: http://www.kinderumweltgesundheits.de/KUG/index2/pdf/gbe/6216_1.pdf. Zuletzt abgerufen am 30.06.2007.
- Hirschauer, S. (2001). Ethnographisches Schreiben und die Schweigsamkeit des Sozialen. *Zeitschrift für Soziologie*, 30, 6, 429-451.
- Kalthoff, H. (2003). Beobachtende Differenz. Instrumente der ethnographisch-soziologischen Forschung. *Zeitschrift für Soziologie*, 32, 1, 70-90.
- Kelle, H. (2006). Sprachtests – ethnographisch betrachtet. Ein Beitrag zur Kulturanalyse frühdiagnostischer Testverfahren. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung*, 7, 2, 271-291.
- Kelle, H. (2007). „Ganz normal“: Die Repräsentation von Kinderkörpernormen in Somatogrammen. Eine praxisanalytische Exploration kinderärztlicher Vorsorgeinstrumente. *Zeitschrift für Soziologie*, 36, 3, 199-218.
- Kinder-Richtlinien (2005). *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“)*, zuletzt geändert am 21. Dezember 2004. BAnz 2005 Nr. 60 (S. 4833).
- Latour, B. (1996). On Actor Network Theory. A Few Clarifications. *Soziale Welt*, 47, 369-381.
- Latour, B. (1998). Über technische Vermittlung. Philosophie, Soziologie, Genealogie. In W. Rammert (Hrsg.), *Technik und Sozialtheorie* (S. 29-81). Frankfurt a. M.: Campus.
- Latour, B. (2000). *Die Hoffnung der Pandora*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Latour, B. (2001). Eine Soziologie ohne Objekt? Anmerkungen zur Interobjektivität. *Berliner Journal für Soziologie*, 2, 237-252.
- Latour, B. (2006). Über den Rückruf der ANT. In A. Belliger & D. J. Krieger (Hrsg.), *ANTHology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie* (S. 561-572). Bielefeld: transcript.
- Lueger, M. (2000). *Grundlagen qualitativer Feldforschung. Methodologie – Organisation – Materialanalyse*. Wien: WUV Universitätsverlag.
- Maeder, C. (2000). Brauchbare Artefakte. Statistiksoftware für das Pflege-Management im Spital als das Produkt ethnographischer Arbeit. *Schweizer Zeitschrift für Soziologie*, 26, 2, 685-703.
- Meunzel, J. (2003). *Erfassung schwerer Entwicklungspathologien in den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder am Beispiel der Infantilen Cerebralparese und der geistigen Behinderung oder deren Kombination*. Dissertation. München.
- Place, B. (2000). Constructing the Bodies of Ill Children in the Intensive Care Unit. In A. Prout (Hrsg.), *The Body, Childhood, and Society* (S. 172-194). Houndsmill: Macmillan Press.
- Prout, A. (2003). Kinder-Körper: Konstruktion, Agency und Hybridität. In H. Hengst & H. Kelle (Hrsg.), *Kinder – Körper – Identitäten. Theoretische und empirische Annäherungen an kulturelle Praxis und sozialen Wandel* (S. 33-50). Weinheim: Juventa.
- Rammert, W. (1999). *Technik. Stichwort für eine Enzyklopädie*. Working Papers TUTS-WP-1-1999. Institute for Social Sciences, Technische Universität Berlin. Online im Internet: http://www2.tu-berlin.de/~soziologie/Tuts/Wp/TUTS_WP_1_1999.pdf. Zuletzt abgerufen am 27.07.2007.
- Reckwitz, A. (2003). Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozial-theoretische Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie*, 32, 4, 282-301.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kinder und Jugendliche*. Berlin.
- Rustemeyer, D. (2003). Medialität des Simms. In D. Rustemeyer (Hrsg.), *Bildlichkeit. Aspekte einer Theorie der Darstellung* (S. 171-194). Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Sørensen, E. (2007). The Time of Materiality (40 paragraphs). *Forum Qualitative Sozialforschung* (Online Journal), 8, 1, Art. 2. Online im Internet: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-07/07-1-2-e.htm>. Zuletzt abgerufen am 24.04.2007.
- Timmermans, S. & Berg, M. (2003). The practice of medical technology. *Sociology of Health and Illness*, 25, 3, 97-114.
- Wieser, M. (2003). Inmitten der Dinge. Zum Verhältnis von sozialen Praktiken und Artefakten. In K. H. Hörning & J. Reuter (Hrsg.), *Doing Culture. Neue Positionen zum Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis* (S. 92-108). Bielefeld: transcript.
- Dipl.-Päd. Sabine Bollig, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Institut für Pädagogik der Elementar- und Primarstufe, Postfach 11 19 32, Nr. 113, Senckenberganlage 13-17, 60054 Frankfurt am Main, E-Mail: Bollig@em.uni-frankfurt.de

Eingereicht am: 11.12.2007
Angenommen (submitted paper): 01.02.2008

SABINE BOLLIG

GEBURT REVISITED - DARSTELLUNGEN VON GEBURT IN SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNGEN

Darstellungen von Geburt sind in vielfältiger Form in Alltagspraxen und Biographien eingewoben. Dazu gehören die personalisierenden Angaben von Geburtsdatum und -ort in Formularen und Ausweisen (Geburtsurkunde, Pässe, Führerschein, etc.), die Fotos und Videos, die in den Familien von der Geburt produziert und gemeinsam mit Andenken, wie zum Beispiel das Neugeborenenarmbändchen aus den Geburtskliniken, gesammelt werden. Zudem werden Geschichten zur eigenen Geburt mündlich tradiert oder als ‚Geburtsgeschichte‘ niedergeschrieben. Neben diesen rechtlichen, verwaltungsbezogenen und familialen (Re-)Präsentationen der Geburt werden medizinische Dokumentationen der Geburt durch die Geburtshelfer erstellt, in welchen der Geburtsvorgang und der klinische Status von Mutter und Kind in den Patientenakten festgehalten und zugleich als abrechnungsfähige Geburtshilfe-Leistung dokumentiert wird. All diese Formate verkörpern als Zahlen, Bilder, Geschichten und Objekte je spezifische Repräsentationen von ‚Geburt‘: als individuelles Identifikationsmerkmal, bedeutsames Familienereignis, entscheidende Passage innerhalb der eigenen Biographie, biologischer Reproduktionsvorgang unter medizinischer Betreuung, etc. - sie sind Darstellungen von Geburt, da sie etwas „zur Erscheinung bringen, das nicht unabhängig von ihnen existiert“ (Rustemeyer, 2003, S. 178, auch Kalthoff 2007). Als Darstellungen sind sie zeitlich, symbolisch und sozial indexikalisiert und werden in (materialen) Praktiken des Darstellens – als „Produktionsformen von Sinn“ (Amann 1997, S. 304) – sozial routinisiert.

Der folgende Beitrag fokussiert auf solche Praktiken der Darstellung von Geburt in einem sehr spezifischen Kontext: den amtsärztlichen Schuleingangsuntersuchungen. Konkret geht es dabei um die Differenz und Bezogenheit verschiedener Darstellungsformen zur Geburt in dieser medizinischen Untersuchungspraxis und die interaktive Dynamik ihrer Performanz. Ausgangspunkt ist die praxisanalytische Frage, wie und in welchem Netz von lokalen, situierten und materialen Praktiken die Entwicklung von Kindern wissenschaftsbasiert konfiguriert und konstituiert wird (vgl. Kelle 2007).

1. Zur Ethnographie von Schuleingangsuntersuchungen

Die Schuleingangsuntersuchungen (SEU) stellen innerhalb der medizinischen Beobachtung kindlicher Entwicklung einen besonderen Untersuchungstypus dar. Es sind Pflichtuntersuchungen, die an die gesetzliche Schulpflicht gebunden sind und durch Mediziner der kommunalen Gesundheitsämter – die so genannten Schulärzte – durchgeführt werden. Dabei werden die medizinischen Voraussetzungen der schulpflichtigen Kinder für die Aufnahme in die Schule überprüft, wobei sich Aspekte der individuellen schul- und unterrichtsbezogenen Kindergesundheitsförderung mit solchen der Krankheitsfrüherkennung und der allgemeinen Entwicklungsdiagnostik verbinden. Über die Aufnahme der schulpflichtigen Kinder in die Schule entscheiden alleine die Schulleitungen, daher liegt die Aufgabe der SEUs vornehmlich darin, zu prüfen welche kurativen, therapeutischen oder auch pädagogischen Unterstützungen das Kind aus ärztlicher Sicht für den „Arbeitsplatz“ Schule benötigt (vgl. Schulz 1999)¹. Die Schuleingangsuntersuchungen ‚produzieren‘ entsprechend Empfehlungen für den Schuleintritt, welche eine Beratungsfunktion sowohl für die Eltern als auch die einschulende Schule beinhalten. Untersuchungsbereiche sind neben dem

¹ Zudem haben die SEUs eine epidemiologische und sozialkompensatorische Funktion, wobei letztere eine „subsidiäre vollständige kinderärztliche Untersuchung der Kinder“ leisten soll, die z.B. von ihren Eltern nicht zu den Vorsorgeuntersuchungen (U1-U9) vorgestellt werden (vgl. Allhoff, Weidtmann 2000).

Gesundheitsstatus die körperliche, motorische, sozial-emotionale, sprachliche und die kognitive Entwicklung des einzuschulenden Kindes.

Bei Eltern und Kinderärzten stehen die Schuleingangsuntersuchungen häufig in der Kritik, den Schulärzten eine rasche Beurteilung zum Entwicklungsstand des Kindes auf Grundlage einer einmaligen, relativ kurzen, wenig kontextualisierten und in einer für die Kinder herausgehobenen, fremden Untersuchungssituation abzuverlangen. Maßnahmen zur Standardisierung und Qualitätsentwicklung in Bezug auf die Durchführung der Untersuchungen sind auch vor dem Hintergrund der „relativen Willkürlichkeit“ der Schulempfehlungen zu verstehen (Allhoff, Weidtmann 2000). Die ethnographische Erforschung der Schuleingangsuntersuchungen, die hier ausschnittshaft geleistet wird, schließt sich jedoch dieser Kritik an den Schuleingangsuntersuchungen nicht an. Vielmehr geht es um die Frage, *wie* sich Schulärzte unter diesen Bedingungen ein Bild vom Entwicklungsstand und der Schulfähigkeit des Kindes machen, welche praktischen Ressourcen dabei mobilisiert werden und welche interaktive Dynamik und situierten Effekte dabei hervortreten.

Das Material dieser Analyse ist im Rahmen des DFG-Forschungsprojektes „Kinderkörper in der Praxis“² erhoben worden. Gegenstand des Projektes ist die praktische Prozessierung von Normen der kindlichen Entwicklung am Beispiel der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U3 bis U9) und amtsärztlichen Schuleingangsuntersuchungen (SEU). Vor dem Hintergrund der Zunahme und gleichzeitigen Ausdifferenzierung der Diagnosen von Entwicklungsstörungen bei Kindern in den letzten Jahren wird ethnographisch untersucht, wie sich in den beiden Untersuchungsvarianten die Logik ihrer praktischen Durchführung *in situ* darstellt, wie darüber Entwicklungsnormen prozessiert und wie Zuständigkeiten und Ressourcen für die normale Entwicklung der Kinder in Aushandlungsprozessen unter medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Professionen sowie den Eltern 'aufgeteilt' werden.

Die Praxisanalyse der kindermedizinischen Untersuchungen hebt dabei vor allem die Materialität ihrer Kultur hervor. Entsprechend geraten mit dem Fokus auf Darstellungspraktiken unterschiedliche Wissensformen und -objekte entlang der Eigenständigkeit und Verflochtenheit von heterogenen materialen Darstellungsformen und -ressourcen in den Blick. In Rekurs auf Latour's Actor-Network-Theory (1996) geht es um Vermittlungen (Translationen) innerhalb von sozio-materialen Netzwerken, in welchen sich Aktanten (Objekte, Menschen, Technologien, etc.) „wechselseitig ins Spiel bringen, konstituieren - einander ordnen“ (Prout 2003, S. 46).

Eine Vorbemerkung noch zum Stellenwert des Materials und der Analyse: Die konkrete Durchführungspraxis der Schuleingangsuntersuchungen weist sowohl in Bezug auf die Gesundheitsämter als auch auf die einzelnen Schulärzte eine große Varianz auf. Die Art und Weise der Geburtsthematisierung, die hier vorgestellt wird, ist in dieser Form lediglich für eine der sechs SchulärztInnen aus dem Sample des DFG-Projektes typisch. Methodisch hat die vorgestellte Analyse entsprechend den Stellenwert innerhalb des Gesamt-Datenkorpus für Varianz und Kontraste zu sensibilisieren, wobei die unterschiedlichen Praktiken als lokal realisierte „Funktionen, im Sinne sich bewährender Lösungen“ (Saake 2003, S. 431) für feldspezifische Probleme, rekonstruiert werden können.

2. Darstellungsformen von Geburt in der entwicklungsbezogenen Anamnese

Praktiken der Darstellung von Geburt haben in den Schuleingangsuntersuchungen (SEU) ihren Platz in der Anamnese. Dies ist der Untersuchungsteil, bei dem im Gespräch zwischen den Schulärzten und den Eltern die Entwicklungsgeschichte des Kindes und Vorgeschichten von bereits bekannten Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen erhoben wird. Die Informationen zur Geburt des einzuschulenden Kindes werden dabei von den Schulärzten insofern bedeutsam gemacht, da sie für etwaige Probleme sensibilisieren und

² Das DFG-Projekt wird unter Leitung von Helga Kelle und der Mitarbeit der Autorin an der JWG-Universität Frankfurt durchgeführt. Der vorliegende Beitrag hat entsprechend vom Diskussionszusammenhang dieses Projektes profitiert.

eine Differenzierung bestimmter Auffälligkeiten im geistigen, emotionalen oder körperlichen Entwicklungsstand in (vor-)geburtliche oder später erworbene Störungen erlauben. Damit stellen die Informationen zur Geburt diagnostische Ressourcen – vor allem auch in Hinblick auf weitere Behandlungsschritte – dar. Schulärztin Dr. Rhein in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Auffälligkeiten in der Motorik (einseitige Hypertonie) und Kaiserschnitt aufgrund Nabelschnurumwicklung: „Das sieht man dann auch heute noch, das kann ich, wenn ich das weiß, aber ganz anders einschätzen“. Die folgende Analyse zielt jedoch weniger auf die Rekonstruktion dieser medizinischen Deutungsmuster, sondern auf die Praktiken der Darstellung selbst, die innerhalb der Anamnese eine bestimmte interaktive Dynamik entfalten und weitere diagnostische Ressourcen eröffnen. Das spezifische an den Geburtsdarstellungen in der Anamnese in den SEUs ist es nämlich, dass dazu – wie zu keinem anderen Thema der Anamnese – den Schulärzten vielfältige Daten und Darstellungsformate vorliegen.

Die Gleichzeitigkeit von unterschiedlichen medizinischen wie lebensweltlichen Darstellungen zur Geburt führt dabei zu einer besonderen Verdichtung von geburtsbezogenen Angaben in der Anamnese, die am folgenden Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll aus einer SEU deutlich wird. Beteiligt sind das 5jährige Mädchen Carla, ihr Vater Herr Burges und die Schulärztin Frau Dr. Rhein. Es haben bereits der Hör-, Seh- und Zeichentest bei der Assistentin und soeben auch ein Sprechtest bei der Schulärztin stattgefunden, nun schließt sich die körperliche Untersuchung an. Während das Kind aufgefordert ist sich alleine ausziehen, nimmt die Schulärztin Frau Rhein routinemäßig die Gelegenheit für ein Anamnese-Gespräch mit den Eltern wahr. Auch im weiteren Verlauf der Untersuchung findet eine anlassbezogene und beiläufige Erhebung anamnestischer Daten statt. Zu diesem Zeitpunkt hier, an dem das Kind mit Ausziehen beschäftigt ist, geht es jedoch um eine allgemeine und knappe Rekonstruktion des Entwicklungsverlaufes des Kindes. Frau Dr. Rhein eröffnet das Anamnesegespräch in aller Regel mit einer Frage zur Geburt.

Die Schulärztin Dr. Rhein notiert die Ergebnisse von Carlas Sprachtest im Auswertungsbogen, während das Mädchen zurück zu ihrem Vater geht. Die Ärztin erklärt Carla, was sie in der folgenden körperlichen Untersuchung machen wird und fordert sie auf, sich dafür ausziehen. Anschließend greift sie nach dem Elternfragebogen aus der Patientenakte und „überfliegt“ diesen kurz. Sie vergewissert sich, dass Carla auch beginnt sich ausziehen, nimmt dann das Vorsorge-Heft hervor und schaut sich die Eintragungen der U1 an. Dabei drückt sie das Heft leicht auf den Schreibtisch, so dass es aufgeschlagen neben der Patientenakte und dem Elternfragebogen liegen bleibt. „Bei Schwangerschaft und Geburt war alles normal?“ fragt Dr. Rhein den Vater, der nickt und meint: „Ja, alles ok.“ Dann lacht er und setzt nach, dass er und seine Frau die Geburt zwar nicht als normal empfunden hätten, denn Carla sei beinahe im Taxi zur Welt gekommen - „Da haben wir es gerade noch ins Krankenhaus geschafft, das war höchste Eisenbahn“ - aber ansonsten sei „die Geburt normal verlaufen“. Die Ärztin stimmt in sein Lachen ein und fragt, wie es zu diesen plötzlichen Wehen gekommen sei. Herr Burges meint, dies sei damals lediglich drei Tage vor dem errechneten Geburtstermin passiert und berichtet kurz vom Ablauf der Situation. Er schließt seine Erzählung damit ab, dass „das Ganze“ für Carla jedoch unproblematisch gewesen sei, „bei ihr war alles in Ordnung“. Ironisch fügt er hinzu, die Hebamme habe damals gemeint, dass Carla dies sicherlich als weniger stressig erlebt habe, als ihre Eltern. Dr. Rhein wirft noch einmal einen kurzen Blick in das aufgeschlagene U-Heft, blättert weiter zum Formblatt der U2 und meint dann lächelnd zu Carla, die jetzt in Unterwäsche dasteht: „Bist halt schon immer ’ne ganz Schnelle gewesen, gell“.

Innerhalb dieser recht kurzen Sequenz entfaltet sich ein ganzes Tableau unterschiedlicher Informationsressourcen, die von der Ärztin in einer Gleichzeitigkeit von Fragen, Lesen und Zuhören ‚gecheckt‘ werden. Als materiale Aktanten sind das U-Heft, der Elternfragebogen und die Patientenakte involviert³.

³ Zudem findet sich im hinteren Teil des Gelben Vorsorgeheftes eine graphische Repräsentation von Geburtsdaten in den sogenannten Somatogrammen. In diesen werden Kopfumfang, Gewicht und Länge des Neugeborenen in Form zweier Koordinatensysteme dargestellt und ermöglichen neben dem Lesen und Hören auch eine bildhafte Erfassung von Geburtsdaten.

Die medizinische Dokumentation im gelben Vorsorgeheft

Zentrales Dokument innerhalb der Szene ist das „U-Heft“, oder „Gelbe Vorsorgeheft“, das die Eltern bei der Schuleingangsuntersuchung vorlegen. In diesem Heft werden die Ergebnisse der Vorsorguntersuchungen U1 bis U9, die auf (zumeist noch) freiwilliger Basis⁴ in den Kinderarztpraxen stattgefunden haben, in standardisierten Formblättern dokumentiert. Dabei finden sich die differenziertesten Vorgaben im Formblatt zur U1, der „Neugeborenen-Erstuntersuchung“, die sich sowohl auf die Schwangerschaft (Vorsorgen, Risikonummern, etc.) als auch verschiedene Geburtsdaten beziehen. Die Dokumentation zur U1 erfolgt meist unmittelbar nach der Geburt durch die Geburtshelfer. Zu den geburtsbezogenen Angaben zählen die Schwangerschaftswoche, in der das Kind geboren wurde, Geburtsmodus, -gewicht, -länge und Kopfumfang und mit dem Apgar- und dem Nabelschnurblutwert auch medizinisch codierte Zahlenwerte, die - denjenigen, die sie rekodieren können - Aufschluss darüber geben, wie die Versorgung des Kindes während der Geburt war, wie das Kind die Geburt überstanden hat und wie gut ihm die Anpassung an die neue Umwelt gelungen ist. Zudem gibt es eine offene Kategorie, in der angegeben werden soll, welche etwaigen Komplikationen, Miss- oder Fehlbildungen aufgetreten sind.

Das U-Heft dient als eine Art ‚mobile Patientenakte‘, die von verschiedenen Ärzten an verschiedenen Orten geführt werden kann (Geburtsklinik, Kinderarztpraxen, Screeningzentren). Der Eintrag in das U-Heft „gilt“ nur mit Arztstempel und Unterschrift, in Bezug auf die Geburt kann dies auch die Hebamme übernehmen. Das U-Heft hat insofern eine besondere soziale Signatur, da es nur von den Eltern aufbewahrt und eingesetzt, aber auch nur von den Professionellen geführt werden kann. Dennoch wird die Aussagekraft des U-Hefts von den Schulärzten unter Vorbehalt gesetzt, zum einen weil z.B. zur U1 oftmals gar keine Eintragungen zur Schwangerschaft vorgenommen werden. Zum anderen ist vor allem in Bezug auf die weiteren Us bekannt, dass die Kinderärzte aus Rücksicht auf die Eltern oftmals nicht alle Befunde auch im U-Heft dokumentieren (vgl. Hermanussen o.J.). In den Geburtskliniken werden jedoch zunehmend aufklebbare Computerausdrucke für die Eintragungen bei der U1 verwendet, welche aus dem klinikeigenen Dokumentationssystem generiert werden (Abb. 1).

Abb. 1 Ausschnitt aus Formblatt U1 mit computergeneriertem Datenaufkleber

Neugeborenen-Erstuntersuchung

SCHWANGERSCHAFT
Geburtsjahr: 196
Schwangerschaften (mit dieser) 3 Geburten (mit dieser) 1 Nationalität 1
Anzahl der Vorsorge-Untersuchungen: 9 vor Entbindung in 8 in SSW
Klinik vorgestellt: Nein stat Aufenthalt ante partum (Wo)
Nach Katalog A/B dokumentierte wichtige Risikonummern
4 19 1 27

GEBURT 24.09.2002 SSW: 38 extern entbunden: Nein
Geschlecht weiblich
Geburtsmodus spontan
Kindslage vordere Hinterhauptslage
Körpergewicht 2980 g
Länge / Kopfumfang 50 cm / 32,5 cm
Apgar 9 / 10 / 10
pH Wert (Nabelarterie) 7.18
Erkrankungen d. Kindes
pH-Wert (Nabelarterie) ☐ ja ☐ nein
auffällige Fehlbildung ☐ ja ☐ nein
Besonderheiten ☐ ja ☐ nein

Die Somatogramme spielen für die weitere Untersuchung durchaus eine wichtige Rolle (vgl. Kelle 2007, Bollig/Ott 2008), jedoch nicht zu diesem Zeitpunkt der Anamnese.

⁴ Derzeit werden in mehreren Bundesländern und auch auf Bundesebene Gesetze zur verpflichtenden Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen vorbereitet und z.T. bereits umgesetzt.

Dies ist auch beim U-Heft von Carla so und insofern bedeutsam, da diese als ‚Verkörperung‘ (vgl. Rheinberger 1997) der klinikeigenen Dokumentation auf die medizinischen Beobachtung des Geburtsvorgangs in der Klinik selbst verweisen und entsprechend von der Ärztin auch als eher ‚authentische Daten‘ betrachtet werden. In Bezug auf die Anamnese liegen in Form des U-Heftes also professionelle Aussagen zur Geburt des Kindes in einem medizinischen standardisierten Dokumentations- und Repräsentationssystem vor.

Der Elternfragebogen als medizinisch codierte Abfrage der Eltern

In den Schuleingangsuntersuchungen kommt zudem eine weitere schriftliche Auskunft zur Geburt des Kindes zum Einsatz - der Elternfragebogen, der den Personensorgeberechtigten bereits mit der Einladung zur Untersuchung zugeht. Die Elternfragebögen dienen der Rationalisierung der Anamnese und der Erstellung der Patientenakte in der Untersuchungssituation, denn er fordert in unterschiedlicher Form bereits die erwünschten Informationen zum Kind übersichtlich auf einem Blatt Papier ein. Dazu gehören Angaben zu den Eltern, den Familienkrankheiten und den Krankheiten des Kindes, aber auch, welchen Kindergarten das Kind besucht, bei welchem Kinderarzt es in Behandlung ist und an welcher Schule das Kind angemeldet wurde, etc. Um die Übertragungsarbeit von Elternfragebogen zur Patientenakte zu erleichtern werden die Elternfragebögen oft in direkter Anlehnung an die Kategorien der Patientenakte (Abb. 3) konstruiert.

Abb.3 Ausschnitt aus der Patientenakte für Schuleingangsuntersuchungen (Hessen)

Familienvorgeschichte	<input type="checkbox"/> Tbc	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Hautkrh.	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Körperbehind.	<input type="checkbox"/> Seh- und Hörstör.	<input type="checkbox"/> geist./seel. Erkrankgn.	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden
Schwangerschaft und Geburt	<input type="checkbox"/> path. Gravid.	<input type="checkbox"/> Frühgeburt	<input type="checkbox"/> Saugglocke	<input type="checkbox"/> Zangen- geburt	<input type="checkbox"/> Sectio	<input type="checkbox"/> Lage- anomalie	<input type="checkbox"/> Mehrlings- geburt	<input type="checkbox"/> Ikterus	<input type="checkbox"/> Blutaustausch	<input type="checkbox"/> Fehlbildungen
	<input type="checkbox"/> Normal- geburt	Geburts- gewicht g	Geburts- gröÙe cm							
Entwicklung	freies Sitzen mit Monaten		freies Laufen mit Monaten		Worte mit Monaten		Sätze mit Jahren		Saubere mit Jahren	
Auffällig im 1. Lebensj.	<input type="checkbox"/> Gedeih- strg.	<input type="checkbox"/> Pyloro- spasmus	<input type="checkbox"/> Rachitis	<input type="checkbox"/> Ekzem	<input type="checkbox"/> Spreiz- höschen	<input type="checkbox"/> Sonstiges :				
Überstandene Krankheiten	Masern.....	Windpocken....	Mumps.....	Röteln.....	Keuchh.....	Scharlach.....	Diphtherie.....	Hepatitis.....	Tuberkulose	Meningitis.....
	Darm- erkr.	Harnw. infekt	Rheuma	Sonstiges :						
Krankenhaus- aufenthalte, Operationen										
Gesundheits- störungen und Besonder- heiten	<input type="checkbox"/> Sehstörung	Brille seit	<input type="checkbox"/> Hörstörung	<input type="checkbox"/> Otitis	<input type="checkbox"/> Mundatmung	<input type="checkbox"/> Rhinitis	<input type="checkbox"/> Halsinfekte	<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> allergische Rhinitis
	<input type="checkbox"/> Ekzem	<input type="checkbox"/> Hautkrank- heiten	<input type="checkbox"/> Herz- beschw.	<input type="checkbox"/> Schwindel- anfälle	<input type="checkbox"/> Leib- schmerzen	<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Kopf- schmerzen	<input type="checkbox"/> Schlaf- störungen	<input type="checkbox"/> Enuresis d/n Enkopresis	<input type="checkbox"/> Unruhe
	<input type="checkbox"/> Angst- lichkeit	<input type="checkbox"/> Sprach- störungen	<input type="checkbox"/> Krampf- leiden	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Links- händigkeit	Medikamente:				
Sonstige Angaben										

Auch in dem Gesundheitsamt dieses Falles enthält der Elternfragebogen die gleichen Ankreuzkategorien wie die Patientenakte (s. Abb. 2). In Bezug auf die Geburt wird im Elternfragebogen lediglich auf die Kategorie „Blutaustausch“ und „path. Gravidität“ verzichtet und „Sectio“ wird den Eltern übersetzt in „Kaiserschnitt“ und „Ikterus“ als „Gelbsucht“ angeboten. Somit werden den bei Eltern bereits im Vorfeld der Untersuchung recht ausführliche Auskünfte zur ‚medizinischen Normalität‘ der Geburt erfragt, wobei zudem direkt vorgegeben wird, was sich von der „Normalgeburt“ unterscheidet – nämlich Frühgeburt, Zangengeburt usw. Es ist davon auszugehen, dass diese medizinische codierte Form von Informationen zu ihrem Kind bei den Eltern bereits einen Erwartungshorizont in Bezug auf die Untersuchung entfaltet, denn der Elternfragebogen setzt auch immer wieder Widerstände gegenüber dieser Auskunftsaufforderung

innerhalb des medizinischen Referenzsystem und seinen Kausalitätsherstellungen frei, so z.B. wenn eine Mutter im Elternfragebogen keine Angaben zur Geburt macht, diese auch im Anamnesegespräch ‚verweigert‘ und von der Schulärztin verlangt, ihr Kind so zu ‚beurteilen, wie sie es vor sich sehen‘.

Aber nicht nur in solchen Fällen wird bei der Ärztin eine ‚Spurensuche‘ aktiviert. Vielmehr scheint gerade auch bei auskunftswilligen Eltern die Vervielfältigung von Auskünften zur Geburt in U-Heft, Elternfragebogen und Patientenakte so etwas wie eine Inflation des einzelnen Datums auszulösen, bei der zudem die Auskünfte zur Geburt zueinander in Konkurrenz treten können, weil sie in so unterschiedlichen Darstellungsformen mit verschiedener ‚Autorenschaft‘ vorliegen. Mit z.T. akribischer Sorgfalt geht Dr. Rhein möglichen Widersprüchen und fehlerhaften Angaben in den Anamnesegesprächen nach, sie selbst nennt dies ein „kommentierendes Lesen des U-Heftes“, das ihr zusätzliche Informationen verschaffe und es ihr so erst ermögliche, sich „ein vollständiges Bild zu machen“. Die wechselseitige Überprüfung des U-Heftes und des Elternfragebogens während des Gespräches mit den Eltern bringe dabei oftmals fehlendes Wissen bei Eltern oder – und dies weitaus häufiger, unvollständige oder fehlende Angaben in den Dokumenten zutage, wie z.B. in folgender Sequenz:

„Während Dr. Rhein zur Liege geht erkundigt sie sich bei der Mutter nach Schwangerschaft und Geburt. Ja das sei „dramatisch gewesen“ meint Frau Fischbach ernst. Bei ihr sei in der 37. Woche die Plazenta abgegangen, so dass ein Notfall-Kaiserschnitt gemacht werden musste. Dr. Rhein ist ganz verblüfft, „das haben Sie ja gar nicht reingeschrieben“ meint sie und wirft noch einmal einen Blick in ihre Unterlagen, zuerst auf den Elternfragebogen, dann das U-Heft. Frau Fischbach geht nicht darauf ein und erzählt, dies sei durch einen Wehenbelastungstest ausgelöst worden, „also zum Glück dort, nicht zuhause“. Dr. Rhein macht eine entsprechende Notiz in der Patientenakte bei ‚Freie Befunde‘. Später wird sie dies in den formalisierten Angaben in der Patientenakte ändern.“

Hier zeigt sich auch noch einmal der andere Dokumentenstatus des Elternfragebogens gegenüber dem U-Heft: aus beiden werden Daten in die Patientenakte übertragen, jedoch verbleibt lediglich der Elternfragebogen als ‚Referent‘ für diese Daten in der Akte, wohingegen das U-Heft von den Eltern wieder mit nach Hause genommen wird. Einerseits ist also der Elternfragebogen im Verhältnis zum U-Heft das unsichere Dokument, da es keine professionelle Repräsentation der Geburtsdaten enthält und zum anderen im Verhältnis zur Patientenakte aber auch das stabilere Dokument, da es das einzige nicht selbst-erhobene Auskunftssystem ist, das in innerhalb der Datenverwaltung des Gesundheitsamtes verbleibt. In dem Sinne dient das vergleichende Gespräch auch noch einmal zur ‚Validierung‘ des Elternfragebogens.

Die (modifizierte) Geburtserzählung

In der eingangs vorgestellten Situation mit Herrn Burges und seiner Tochter Carla gibt es solche Widersprüche jedoch nicht, daher ist die Situation auch weniger von der Aufdeckungsarbeit der Ärztin geprägt. Vielmehr vollzieht sich hier eine ‚flüssige Passung‘ der unterschiedlichen Darstellungsformen und -inhalte, was insbesondere auch in Bezug auf die narrative Geburtsdarstellung deutlich wird.

Die Frage der Schulärztin („Bei Schwangerschaft und Geburt war alles normal?“) wird dabei vom Vater als Stimulus aufgegriffen, um Carlas „Geburtsgeschichte“ (oder zumindest einen Teil davon) zu erzählen; dabei greift er auf eine Erzählroutine zurück, die in Familien als Informationsressource tradiert wird - schließlich ist das Geburtsergebnis selbst lediglich einem exklusiven Teilnehmerkreis zugänglich. Gleichzeitig sind Geburtserzählungen auch ein prominenter und identitätsstiftender Typus von Familiengeschichten und Biographien, denn als „alltagsweltlich geprägte Diskursformen“ (Birkner 2006, S. 160) fokussieren sie nicht lediglich den medizinisch repräsentierten Vorgang der Geburt, sondern schließen auch das Erleben der Eltern und die Geburt als Familienereignis ein.

Die gesprächsöffnende Frage der Schulärztin ermöglicht es hier Herrn Burges, einerseits familiäre Erzählungen zur Geburt in die Situation einzubringen, setzen ihn aber auch dem Erfordernis aus, seine

Beurteilungsgabe im Hinblick auf die hier relevanten Daten zur Darstellung zu bringen – und somit für eine narrative Passung von lebensweltlichen und medizinischen Darstellungen zu sorgen. Dazu setzt er als Abkürzungs- und Verdichtungsstrategie das narrative Mittel eines „Geschichtentopos“⁵ (Roesler 2001) ein (die Eile auf dem Weg ins Krankenhaus – die drohende Taxigeburt – die rettende Ankunft in der Klinik) und grenzt mittels des ‚Taxi-Szenarios‘ die Normalität der Geburt gezielt von der empfundenen Außergewöhnlichkeit der Geburtsituation ab, die für ihn und seine Frau durch das überstürzte Einsetzen der Presswehen und die eilige Fahrt ins Krankenhaus repräsentiert wird. Diese narrative Abgrenzung der elterlichen Perspektive wird jedoch in seine Darstellung der ‚Normalität der Geburt‘ eingewoben, wobei er diese mit Nähe zum errechneten Geburtstermin und dem Wohlbefinden von Carla in der nachgeburtlichen Phase markiert und zudem durch das Zitieren einer beteiligten Professionellen (Hebamme) untermauert. Gerade in der ‚eleganten‘ Differenzierung und (Wieder-)Verknüpfung dieser verschiedenen Perspektiven und Normalitäten⁶ bringt Herr Burges ein geburtsbezogenes Wissen zur Darstellung, das eine rasche Abklärung möglicher Risikofaktoren aus der Geburtsituation von Carla ermöglicht, bei der das Taxi-Szenario in der Interaktion mit der Schulärztin zur lebensweltlichen Metapher für die medizinische Information ‚überstürzte Geburt ohne weitere Folgen‘ werden lässt. Dass diese gemeinsame zeit- und informationsrationale Gestaltung des Anamnesegesprächs zur Geburt vor allem auch in Bezug auf die ‚Darstellungsarbeit‘ der Eltern scheitern kann, zeigt sich an folgenden Protokollausschnitt, wieder mit einem Vater⁷:

"Schwangerschaft war bei ihm normal gewesen und Geburt?" fragt Dr. Rhein den Vater (...). Herr Bauer erzählt, dass die Geburt "etwas schwierig" gewesen sei, "weil er son bisschen quer kam (.) war aber dann normal". Dr. Rhein hat während seiner Erzählung den Blick skeptisch über die vor ihr ausgebreiteten Dokumente schweifen lassen, die Patientenakte und den Elternfragebogen. "Ah ja normal, also nicht mit Kaiserschnitt?" "Nein, nicht mit Kaiserschnitt". "War er zum Termin? Oder war er früher oder später?" Herr Bauer berichtet in ernsthaftem Ton: "Äh, äh, die waren beide einen Tag lang, also, sind beide am Termin losgegangen, aber dadurch dass es bisschen länger gedauert hat, sind se dann halt ´nen Tag später-". "Ja, gut", unterbricht ihn die Ärztin freundlich aber resolut, macht einen Eintrag in die Patientenakte und fragt nach, ob es dem Jungen nach der Geburt "gut ging". Herr Bauer berichtet, dass er so "erstmal so ´ne längliche Kopfform" gehabt habe "und hatte auch scheinbar so ne - obwohl das ist dann auch aufgefallen, also weil der lag immer so, also gleich so, da hat der so ´ne äh leichte Schiefhaltung-". Dr. Rhein: "und hat dann Krankengymnastik?" Vater: "hat dann Krankengymnastik gemacht, das war dann auch so, dadurch dass wir zwei Kinder, also schon eins vorher hatten, also das wär´ mir ja sonst im Leben nit aufgefallen, der lag immer wie, wie genau, also genau gleich" – er nimmt selbst eine leicht gekrümmte Sitzhaltung ein um die Liegelage des Jungen darzustellen, die Schulärztin beachtet dies jedoch nicht mehr und will nur noch wissen, wie lange denn die Krankengymnastik gemacht worden sei. „Ich glaub sechs Wochen“, meint Herr Bauer.

Hier zeigt sich im Anamnesegespräch ein eher konfrontatives Aufeinandertreffen von medizinisch-institutionellen und alltagsweltlichen Darstellungsformen (vgl. Tannen/Wallat 1987). Zwar greift auch hier der Vater die alltagsweltlich gekleideten Fragen der Schulärztin als Informationsaufforderung im Sinne medizinisch relevanter Daten zum Kind auf, setzt jedoch das eigene Erleben und seine Erfahrungswelt als zweifacher Vater als Beschreibungsressource in den Vordergrund. Deutlich wird, dass er dabei nicht auf

⁵ Unter „Geschichtentopoi“ sind Erzählressourcen zu verstehen, die es erlauben bestimmte Erfahrungen entlang bereits vorhandener Geschichtenversionen zu erzählen. Sie „dienen dabei nicht nur der szenischen Ausgestaltung von Erfahrungen, sondern sind verbunden mit bestimmten Auslegungen und Bewertungen des Erfahrenen: indem man seine Erfahrung als einen bestimmten Typ von Geschichte erzählt, vermittelt man, wie man diese Erfahrung verstanden und bewertet wissen will“ (Roesler 2001, S. 25).

⁶ Insgesamt sind die entwicklungsbezogenen kindermedizinischen Untersuchungen von einer Vielzahl von perspektivischen, unterschiedlich konstruierten und wechselseitig relevant gemachten Normalitäten geprägt, die in einem „praktischen Management der Normalität“ konstituiert und bearbeitet werden (Bollig/Ott 2008).

⁷ Es ist noch genauer zu untersuchen, welchen Einfluss es auf die Darstellungspraktiken hat, ob Vater oder Mutter (oder beide) das Kind zur SEU begleiten. Hier deuten sich im Vergleich der Väter eher „Schichtunterschiede“ an, die sich ethnographisch an der im Feld bedeutsam werdenden Differenzierung von Sprachcodes und Darstellungsroutinen festmachen lassen (vgl. Lareau 2003).

‚verdichtende‘ Erzählroutinen zurückgreift, entsprechend gelingt die Passung auch zeitlich nicht; die Ärztin unterbricht mehrfach seinen ‚phänomenologischen‘ Erzählgestus und kürzt seine Antworten ab, sobald sie ihr ausreichend Indizien für die gewünschte Information erbracht haben. Für diese Situation kommt zudem hinzu, dass das U-Heft fehlt, Dr. Rhein die Angaben also nicht in der Vermittlung mit dem professionellen Darstellungssystem ‚gegen-checken‘ kann. Dies führt in Verbindung mit dem Erzählstil von Herrn Bauer offensichtlich zu einer Entwertung des – in dieser Situation komplett ausgefüllten - Elternfragebogens und zu einer gewissen Verselbständigung des Gespräches. Dabei substituiert die Ärztin das Fehlen des U-Heftes und narrativ eingewobenen ‚medizinischen Normalitätsreferenzen‘ dadurch, dass sie die Professionellen als ‚Zeugen‘ hinzuzieht und über die erfolgten Behandlungsschritte – quasi ‚über-Bande-gespielt‘ – etwas zu den relevanten geburtlichen Befunden erfährt. Die situationsangepasste Modifizierung der alltagsweltlich geprägten Erzählungen zur Geburt im Sinne der Differenzierung und Vermittlung von Perspektiven und Normalitäten zeigt sich hier entsprechend nicht als gemeinsame Herstellung von Passungsverhältnissen, sondern wird überwiegend von Frau Rhein allein übernommen.

Das sich hier spezifische Anforderungen an die Darstellungspraktiken der Eltern in der geburtsbezogenen Anamnese entfalten, wird letztlich auch dann deutlich, wenn sie entlang kultureller Zuschreibungen explizit aufgehoben werden. So erklärt Dr. Rhein nach einer SEU mit einem pakistanischen Vater:

„Haben Sie gemerkt, der hat ja gar nichts zur Geburt sagen können. Aber das ist normal in den pakistanischen Familien, der war da nicht dabei und das ist auch kein Thema, das die Frauen mit ihren Männern besprechen. Da frag ich dann auch nicht weiter nach“.

3. Darstellungen von Geburt und die Inszenierung elterlicher Sorge

Die vorangegangenen Beispiele haben gezeigt, wie sich innerhalb der anamnestischen Rekonstruktion von Geburt vielfältige schriftliche und narrative Darstellungsformen und -inhalte miteinander vermitteln, gegenseitige Problematisierungs- und Validierungsressourcen eröffnen und spezifische Anforderungsstrukturen in der Arzt-Eltern-Interaktion herausbilden, die sich vor allem auch als Gelegenheit und Problem der Passung von medizinischen wie familial-lebensweltlichen Darstellungen zeigen. Dies stellt insofern die Besonderheit der geburtsbezogenen Anamnese dar, da nur hierzu vielfältige Darstellungsformate vorliegen, was bei der hier thematisierten Schulärztin eine Validierungs- und Ergänzungspraxis herausfordert, bei der potentiell jedes Einzeldatum sowohl problematisch wie auch zum bestätigenden Referenzpunkt werden kann.

Geburt wird entsprechend vielfältig zur Darstellung gebracht – als persönliche z.T. krisenhafte Erfahrung, familienbiographische Passage, professionell betreuten medizinischen Vorgang und klinischen Index – was spezifische Anforderungen an deren Vermittlung in der Arzt-Eltern-Interaktion richtet. Denn eben gerade der familiale und persönliche Erlebnishorizont der Eltern wird einerseits angesprochen, und ist somit sicher auch nicht als Gesprächsressource für eine gute Atmosphäre in den Untersuchungen zu unterschätzen, erfordert von den Eltern aber auch Formen der Selbstdistanzierung in der narrativen Darstellung, um diese in zeitlicher wie inhaltlicher Hinsicht ökonomisch in die Untersuchungssituation einfädeln zu können. In dieser interaktiven Dynamik, so die weiterführende These, eröffnet die hier dargestellte Form der geburtsbezogenen Anamnese spezifische Möglichkeiten zur ‚Beobachtung von Familie‘, da sich hier ein interaktiver Rahmen zur Inszenierung elterlicher Sorgequalitäten entspannt.

Hungerland (2003) hat in ihrer Analyse von Erziehungsratgebern hervorgehoben, dass sich die gesellschaftliche Normierung der entwicklungsfördernden Leistungen der Eltern zunehmend über Erwartungen an die Moderation und Vernetzung unterschiedlicher, zentral auch medizinischer, Unterstützungsangebote konturieren. Der gesunde und gut entwickelte Kinderkörper zeugt entsprechend

davon, dass den Eltern diese Aufgabe besonders gut gelungen ist und kann somit als Indiz für deren Sorgequalitäten ‚gelesen‘ werden. Die hier vorgestellte Analyse zeigt die Potentiale einer praxisanalytischen Differenzierung dieser These auf, denn sie verweist darauf, dass der Kinderkörper von den Medizinerin nur ‚gelesen‘ werden kann, wenn innerhalb der Untersuchung situativ Wissen hergestellt und enaktiert werden kann, das ihn spezifisch interpretierbar macht. Dazu, werden in den für die Anamnese typischen „heterogeneous networks of knowledges representations“ (Ellingson, Monteiro 2002) nicht nur heterogene Informationen in ein medizinisches Kalkül transformiert, sondern auch die differenzierte Beurteilungs- und Vermittlungskompetenz der Eltern inszeniert und entsprechend als Wissensobjekt für die Praxis der Entwicklungsdiagnostik mobilisiert. In dem Sinne werden die Eltern in der Anamnese in doppelter Weise in die spezifische Konstitution des Kinderkörpers als Patientenkörper (vgl. Berg 1996) eingebunden, zum einen als Informanten, die zudem an der medizinischen Repräsentation von Geburt aktiv mitwirken und zum anderen, indem sie über die Inszenierung ihrer Sorgequalitäten in narrativen Geburtsdarstellungen selbst als Entwicklungsressource interpretierbar werden. Die hier vorgestellten anamnestischen Routinen der Schulärztin verweisen entsprechend als ‚bewährbare Lösung‘ auf eine spezifische Profilierung der schulärztlich-professionellen Praxis: nämlich der Eröffnung diagnostischer Ressourcen durch die Inszenierung der Eltern als Entwicklungsressource des Kinderkörpers.

Literatur

- Allhoff, Peter, Weidtmann, Volker: Präventive Untersuchungen im Säuglings- und Kindesalter. In: P. Allhoff, G. Flatten, U. Laaser (Hrsg.): Krankheitsverhütung und Früherkennung. Handbuch der Prävention. Berlin 2000, S. 112-123.
- Amann, Klaus: Ethnographie jenseits von Kulturdeutung. Über Geigespielen und Molekularbiologie. In: S. Hirschauer, K. Amann (Hrsg.): Die Befremdung der eigenen Kultur. Frankfurt a. Main 1997, S. 298-330.
- Berg, Marc: Practices of Reading and Writing: the Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work. In: Sociology of Health and Illness 1996, 18, 4, S. 499-524.
- Birkner, Karin: Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. In: Gesprächsforschung. Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 2006, 7, S. 152-183. Verfügbar über <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2006/ga-birkner.pdf> (14.01.2008).
- Bollig, Sabine, Ott, Marion: Entwicklung auf dem Prüfstand – zum praktischen Management von Normalität in Kindervorsorgeuntersuchungen. In: H. Kelle, A. Tervooren (Hrsg.): Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung. Weinheim 2008 i. Ersch.
- Ellingson, Gunnar, Monteiro, Eric: Enacting knowlegde work: the genealogy of knowledge representations in hospitals. Paper presented at OKLC 2002 Athen. Verfügbar über: http://www.alba.edu.gr/OKLC2002/Proceedings/pdf_files/ID167.pdf (14.01.2008)
- Hermanussen, Michael: Interview "Wir brauchen ein zentrales Institut für Kinderprävention. Vorsorgemaßnahmen haben eine wachsende Bedeutung für die Lebensqualität". Verfügbar über http://www.liga-kind.de/fruehe/403_hermanussen.php (14.01.2008)
- Hungerland, Beatrice: „Und so gedeiht das Baby!“ Altersgerechte Entwicklung und Gesundheit als gesellschaftliche Norm und Leistung. In: H. Hengst, H. Kelle (Hrsg.): Kinder, Körper, Identitäten. Weinheim 2003, S.139-160.
- Kalthoff, Herbert: Rechnende Organisation – zur Anthropologie des Risikomanagements. In: J. Beckert, R. Diaz-Bone, H. Ganßmann (Hrsg.): Märkte als soziale Strukturen. Frankfurt a. Main 2007, S. 151-166.
- Kelle, Helga: „Ganz normal“: die Repräsentation von Kinderkörpernormen in Somatogrammen. Eine praxisanalytische Exploration kinderärztlicher Vorsorgeinstrumente. In: Zeitschrift für Soziologie 2007, 36, 3, S. 197-216.
- Latour, Bruno: On Actor Network Theory. A Few Clarifications. In: Soziale Welt 1996, 47, S. 369-381.
- Lareau, Annette: Unequal Childhoods. Class, Race, and Family Life. Berkley 2003

- Prout, Alan: Kinder-Körper: Konstruktion, Agency und Hybridität. In: H. Hengst, H. Kelle (Hrsg.): Kinder, Körper, Identitäten. Weinheim 2003, S. 33-50.
- Rheinberger, Hans: Von der Zelle zum Gen. Repräsentationen der Molekularbiologie. In: H. J. Rheinberger, M. Hagner, B. Wahrig-Schmidt (Hrsg.): Räume des Wissens. Repräsentation, Codierung, Spur. Berlin 1997, S. 265-280.
- Roesler, Christian: Individuelle Identitätskonstitution und kollektive Sinnstiftungsmuster. Dissertation, Freiburg 2001.
- Rustemeyer, Dirk: Medialität des Sinns. In: Ders. (Hrsg.): Bildlichkeit. Aspekte einer Theorie der Darstellung. Würzburg 2003, S. 171-194.
- Saake, Irmhild: Die Performanz des Medizinischen. Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Soziale Welt 2003, 54, 4, S. 429-460.
- Schulz, Gerhard: Weiterentwicklung der Schuleingangsuntersuchung. Konzept einer Arbeitsgruppe aus dem Regierungsbezirk Köln: ABC-Test. Gesundheitsamt Bonn (im Auftrag des MAGS NRW) 1999.
- Tannen, Deborah, Wallat Cynthia: Interactive Frames and knowledge schematas in interaction: Examples from a medical examination/interview. In: Social Psychology Quarterly 1987, 50, 2, S. 205-216.

Sabine Bollig und Marion Ott

Entwicklung auf dem Prüfstand: zum praktischen Management von Normalität in Kindervorsorgeuntersuchungen¹

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der ethnographischen Analyse der Prozessierung von Entwicklungsnormen in medizinischen Kinderuntersuchungen und fokussiert das „praktische Management der Normalität“.² Damit formulieren wir einen Arbeitsbegriff, der auf die Darstellungspraxen von differenten Normalitätskonstruktionen und deren Handhabung innerhalb der Durchführung von Kindervorsorgeuntersuchungen verweist.

1. Ein kulturanalytischer Zugang zur gesellschaftlichen Konstruktion „normaler“ Kinder

Vorstellungen zur normalen Entwicklung von Kindern sind in vielfältige soziale Ensembles und gesellschaftliche Ordnungstätigkeiten eingebettet (vgl. Sohn 1999, Link 2002), basieren jedoch in hohem Maße auf medizinischen Normierungen des sich transformierenden Kinderkörpers (vgl. Fuhs 2003). Kinderheilkunde und die naturwissenschaftlich orientierte Entwicklungspsychologie haben ein umfangreiches Normenwerk für die Entwicklung von Kindern etabliert, das in allen Teilsystemen der Gesellschaft, welche mit dem Aufwachsen von Kindern beschäftigt sind, als leitend gelten kann (Honig 1999, S. 62f., für die Familie: Hungerland 2003). Im Zuge des Wandels von einer „kurativen zu einer präventiven Medizin“ (Lachmund 1987) hat sich die Einsicht durchgesetzt, dass die Sozialgruppe der Kinder als eine „vulnerable Gruppe zu betrachten [ist], die in Bezug auf ihre gesundheitlichen Risiken und gesundheitsfördernden Potentiale“ (RKI 2004, S. 12) und Entwicklungsrisiken hin beobachtet werden muss. Entsprechend kommt der Prävention und Früherkennung in den fachlichen und öffentli-

1 Wir danken Anna Schweda für die aufmerksame Korrektur und Diskussion des Textes.

2 Der Begriff ist einer Formulierung von de Swaan (1990) entlehnt, der das „Management von Normalität“ in gesundheits- und wohlfahrtstaatlichen Regulierungen untersucht, wird jedoch von uns praxeologisch gewendet und auf die mikrosoziologische Handhabung von Normalitätserwartungen und -zuschreibungen angewandt.

chen Debatten mindestens genauso viel Aufmerksamkeit zu wie der Behandlung von bereits diagnostizierten Entwicklungsstörungen und -verzögerungen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Zunahme präventiver Maßnahmen zur Verringerung der Befunde geführt hätte, sondern mit der in den letzten Jahrzehnten deutlich gesteigerten Aufmerksamkeit für das gesunde Aufwachsen und die Entwicklung der Kinder geht eine bemerkenswerte Zunahme von Diagnosen kindlicher Entwicklungsstörungen und -verzögerungen einher. Es wird davon ausgegangen, dass etwa jedes fünfte Kind in Deutschland unter Entwicklungs- und Verhaltensstörungen leidet (vgl. Schlaud 2004), wobei den „umschriebenen Entwicklungsstörungen“³ im Hinblick auf einen erschwerten Schuleinstieg und der Prognose langfristiger Schulleistungsprobleme eine besondere Rolle zukommt (Döpfner et al. 2005).

Dieser wechselseitige Bezug von zunehmender Beobachtung, gesteigerten Interventions- und Präventionsbemühungen und der Zunahme von Störungsdiagnosen in Bezug auf die kindliche Entwicklung wird aus kindheitssoziologischer Perspektive als diskursiver und praktischer Wandel der sozialen Konstruktion von Kindheit (Hengst/Zeiher 2005) thematisiert. Die gesteigerte Aufmerksamkeit für die kindliche Entwicklung wird somit nicht als Reaktion auf die Zunahme der Entwicklungsstörungen verstanden, sondern als wechselseitig rekursiver Prozess, in welchem sich gesellschaftliche Beobachtungs- und Interventionsinitiativen und Störungsdiagnosen vermitteln (siehe Studien zur Pathologisierung und Medikalisierung von Kindheit, ex. Bühler-Niederberger i.d.B.). Prävention kann in dem Sinne als vorwegnehmende Reaktionsform verstanden werden, als spezifische Logik (Bröckling 2004, S. 212), in welche die Ausrichtung und Selbstausrichtung an Normalitätsstandards eingelassen ist und die somit an der gesellschaftlichen Konstruktion „prekärer normaler Kindheit“ mitwirkt.

An der Schnittstelle von Kindheitsforschung und einer Theorie der Prävention (Hafen 2005) rücken entsprechend die Prozesse in den Blick, in denen medizinische Normen und Normalitätskonstruktionen relevant werden, bevor therapeutische Behandlungsmaßnahmen aktiviert werden. Jedoch werden in der Prävention und Vorsorge nicht lediglich medizinische Normierungen relevant, vielmehr ist mit unterschiedlichen Konstruktionen von Normalität (medizinische, entwicklungspsychologische, pädagogische, familiäre, u.a.) und verschiedenen Normalitätsebenen zu rechnen, die in die Praktiken der Vorsorge eingewoben sind und sich gegenseitig überlagern.

3 Damit werden diejenigen Störungen bezeichnet, die als Abweichungen vom Gesamtleistungsvermögen gelten und nicht eindeutig von neurologischen oder körperlichen Beeinträchtigungen bestimmt werden. Die internationale Klassifikation von Krankheiten und anderen Gesundheitsproblemen (ICD 10) der Weltgesundheitsorganisation zählt dazu Störungsbilder wie Sprach-, Artikulationsstörungen und Beeinträchtigungen der motorischen Fähigkeiten (WHO 2007).

Die wissenssoziologische Analyse richtet sich entsprechend auf die Enaktierung multipler Normen (Mol 2007) kindlicher Entwicklung, die eine praktische Handhabung verschiedener impliziter Inanspruchnahmen und expliziter Zuschreibungen von Normalität im Interaktionsdreieck von Arzt, Kind und Eltern erforderlich werden lassen. Vor diesem Hintergrund formulieren wir mit dem „praktischen Management der Normalität“ einen Arbeitsbegriff, der die Prozesse der sozialen Konfigurierung normaler (oder abweichender) Kinder-Körper in der Praxis der Vorsorge umschließt.

Die Ethnographie dieser praktischen Prozesse, in denen Kinder-Körper formiert werden, verfolgt „das Aufspüren der Mittel, der verschiedenartigen Materialien und Praktiken, die in ihre Konstruktion und Erhaltung einbezogen sind“ (Prout 2003, S. 46). Studien aus dem Umfeld der „Science Studies“ haben aufgezeigt, dass lokale, materiale und vernetzte Darstellungspraktiken als Grundbedingung wissenschaftlichen Wissens erfasst werden müssen (ex. Knorr-Cetina 2002). In Bezug auf unser Untersuchungsfeld sensibilisieren diese Forschungsarbeiten für die Frage, wie die Feststellung von normaler oder gestörter Entwicklung mit den Praktiken und Diskursen ihrer Sichtbarmachung und Bearbeitung verwoben ist. Im Vordergrund steht dabei die wissenssoziologische Analyse von Praktiken (Schatzki 1996), diese richtet sich auf ein Durchführungswissen, auf ein *knowing-how*. Mit der Fokussierung auf Praktiken verschiebt sich die Blickrichtung weg von den Intentionen und Interessen der einzelnen Beteiligten hin zur Frage, *wie* Akteure in Praktiken involviert sind und welche Wahrscheinlichkeitsprofile für weitere Praktiken sich daraus ergeben. Praktiken sind in ein beträchtliches Aufgebot materieller und nicht-materieller Ressourcen eingebunden (vgl. Reckwitz 2003). Tests, Dokumentationsbögen, Sehtestgeräte und Untersuchungshefte werden daher ebenso in die Analyse einbezogen, wie Kinder, Ärzte und Praxishilfen. Entsprechende Studien aus der Medizinsoziologie machen auf die wissenskonstruktiven Leistungen von Objekten aufmerksam (ex. für die Patientenakte Berg 1996, für die Fieberkurve Hess 1997). Ihr konstitutiver Anteil an den medizinischen Praktiken ist es „to mediate the social relations that act and work through it“ (Berg ebd., S. 501). Latour wählt daher den Begriff des Aktanten, um eine Symmetrisierung von Dingen und Menschen vollziehen zu können. Aktanten sind „something that acts or to which activity is granted by others“ (Latour 1996, S. 373), ihr Handlungsvermögen bezieht immer die Hybridisierung mit anderen Aktanten ein (in Bezug auf Kinderkörper Prout 2003).

Das *praktische Management der Normalität* zeigt sich entsprechend nicht als Handlungsmotivation und -technik personaler Akteure, wie der Begriff des Managements nahelegen könnte. Vielmehr muss es als heterogenes Netzwerk (Latour 1996) verstanden werden, in welchem die konkrete Gestalt und praktische Relevanz enaktierter Normen und Normalitäten durch die spezifische praktische Relationierung der beteiligten Aktanten bestimmt

ist. Wie die Früherkennung von Entwicklungsrisiken „gemacht“ wird, wie Normalität und Abweichung in den Untersuchungen praktisch virulent werden, kann so betrachtet nur im Netz der situativen Bedingungen der Vorsorgen in den jeweiligen Arztpraxen, den dort zum Einsatz kommenden Objekten und den beteiligten Personen untersucht werden.

2. Das Feld: Kindervorsorgeuntersuchungen (U3-U9)

Eines der zentralen infrastrukturellen Systeme zur Früherkennung entwicklungsbezogener „Normalitätsrisiken“ (Link 1999) stellen in Deutschland die Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9 dar.⁴ Diese neun Vorsorgeuntersuchungen werden, beginnend ab der Geburt (U1), in festdefinierten zeitlichen Abständen bis zum fünften Lebensjahr (U9)⁵ von Kinderärzten durchgeführt und stellen eine Art individualisiertes Dauer-Screening dar. Sie „dienen der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden“, so ist der Zweck der Untersuchungen in den so genannten „Kinder-richtlinien“ (2005) festgelegt. Im Auftrag des Gesetzgebers präzisiert der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (GBA) in diesen Richtlinien die kassenärztlichen Leistungen der Vorsorgeuntersuchungen. Diese umfassen a) den Kennziffernkatalog der Krankheiten und Störungen, auf die sich die Früherkennung bezieht, b) die Zeiträume, in denen die Untersuchungen stattfinden und c) die Untersuchungsbereiche, die für die je einzelne Vorsorgeuntersuchung relevant sind.⁶

Die einzelnen Elemente der Kinderrichtlinien sind auch Grundlage des „Gelben Heftes“, das bei den Eltern verbleibt und von ihnen zu jeder Vorsorgeuntersuchung vorgelegt wird. Dieses Gelbe Heft ist jedoch nicht nur „Berechtigungsheft“ und „Programmheft“, es enthält mit drei Somatogrammen auch klinische Präventionsinstrumente zur graphischen Repräsentation und Beurteilung der Längen- und Gewichtsentwicklung, welche die Messergebnisse für den weiteren Verlauf dokumentieren. Zudem befin-

4 Die Kindervorsorgeuntersuchungen (U3-U9) werden derzeit (neben den amtsärztlichen Schuleinganguntersuchungen) an der J. W. Goethe-Universität Frankfurt im DFG-Projekt „Kinderkörper in der Praxis“ (Leitung: Helga Kelle) ethnographisch erforscht. Die beiden Autorinnen sind wissenschaftliche Mitarbeiterinnen im Projekt.

5 Zu den kassenärztlichen Leistungen gehört auch die J1 im Jugendalter, zudem wird derzeit über die Aufnahme neuer Vorsorgen (U7a, U10, U11, J2) verhandelt. Kinder von Privatpatienten haben schon seit längerem Anspruch auf eine jährliche Vorsorgeuntersuchung.

6 Die Kinderrichtlinien befinden sich aktuell in einem Überarbeitungsprozess, der neben der Steigerung der Validität der Untersuchungen auch einen Ausbau der präventiven Maßnahmen bis hin zu explizit primärpräventiven Beratungsleistungen umfasst. Als erstes Zwischenergebnis des langwierigen Aushandlungsprozesses kann die Neuauflage des Gelben Heftes (Stand Oktober 2005) zählen, das bereits vor Abschluss des Überarbeitungsprozesses Änderungen beinhaltet, die in den beteiligten Gremien als konsensfähig gelten.

det sich im Untersuchungs-Heft für jede Untersuchung ein Eintrageschema, bei dem einzelne Befunde und auch das Ergebnis der Gesamtuntersuchung dokumentiert wird. Das Untersuchungsheft dient entsprechend zur Steuerung, Diagnostik und auch zur fortlaufenden Dokumentation der personenbezogenen Befunde und rekonstruiert entlang der einzelnen „Vorsorgestationen“ den *Entwicklungsverlauf* des Kindes in einem medizinischen Darstellungsformat. Gerade in dieser Multifunktionalität wird es – neben den praxeigenen Dokumentationsformen – zum Aktanten, der in übersichtlicher Form eine Serie von Untersuchungen in Aussagen über den Entwicklungsverlauf „übersetzt“.

Diese praxisstrukturierende Rolle des Gelben Heftes ist für das Verständnis der Vorsorgeuntersuchungen auch deshalb interessant, da trotz der deutlichen Zunahme der dokumentierten Entwicklungsstörungen in bspw. den Daten der Schuleingangsuntersuchungen die Häufigkeit entsprechender Befunde in den Untersuchungs-Heften in den letzten 20 Jahren abgenommen hat.⁷ Dies wird u.a. als Kritik an der Validität und Leistungsfähigkeit der Früherkennung in den Vorsorgen aufgegriffen, aber auch auf ein verändertes Dokumentationsverhalten – die seltenere Nennung von Verdachtsdiagnosen – zurückgeführt, was u.a. mit der Rücksichtnahme der Ärzte auf die Ängste der Eltern vor Stigmatisierung ihres Kindes erklärt wird (RKI 2004, S.165). Zugleich verweist es aber auch auf den Trend zur Individualisierung von Entwicklungsnormen und Normalitätsentwürfen, bei denen nicht durchschnittsbasierte Normen, sondern die Kontinuität individueller Entwicklungsverläufe als Maßstab für die Aussage „das Kind entwickelt sich normal“ herangezogen wird (ex. Brüggemann 1991). Diese spezifische Weise der Normalisierung kindlicher Entwicklung entlang von praktischen Darstellungen des individuellen Verlaufs wird auch für die Normalitätskonstruktionen im hier analysierten Untersuchungsfall relevant.

3. Das praktische Management der Normalität – empirische Analyse einer Vorsorgeuntersuchung

Die folgende Analyse bezieht sich auf das Protokoll der teilnehmenden Beobachtung einer Vorsorgeuntersuchung U8.⁸ Die U8 findet zwischen dem 43. und 48. Lebensmonat statt, die Kinder sind also ca. vier Jahre alt. Die

7 So betrug z.B. 1996 die relative Häufigkeit „unauffälliger Befunde“ für die U3 bis U9 über 95%, also wurden nur in 5% der Fälle Auffälligkeiten in den Vorsorgeheften dokumentiert (RKI 2004, S. 165).

8 Das Gesamtdatenkorpus des DFG-Projektes umfasst bislang ca. 60 Kindervorsorgeuntersuchungen (U3-U9) und ca. 90 Schuleingangsuntersuchungen, die in unterschiedlichen Arztpraxen und Gesundheitsämtern teilnehmend beobachtet wurden, sowie Interviews mit Kinderärzten, Schulärzten und Eltern und gesammelte Felddokumente, wie insbesondere Vorsorgehefte und Testinstrumente. Alle Namen beteiligter Personen sind anonymisiert.

letzte Vorsorgeuntersuchung (U7) liegt etwa zwei Jahre zurück. Die protokollierte Sequenz beginnt mit dem Moment, als der Arzt das Sprechzimmer betritt. Zuvor hatte eine Arzthelferin das Kind gewogen sowie die Größe und den Kopfumfang gemessen. Dies ist ein routinisierte Ablauf, der in jeder Vorsorge und in jeder Arztpraxis stattfindet. Die Ergebnisse des „Messens und Wiegens“ werden von den Arzthelferinnen in die Patientenakte und in die entsprechenden Vorlagen im U-Heft eingetragen. Wie auch in der folgenden Situation liegt das U-Heft mit den aktuellen Daten dem Arzt dann bereits vor, wenn er seinen Teil der Untersuchung beginnt.

Dr. Prauner betritt mit der Patientenakte den Raum. „So, der Yannick“, sagt er dabei, gibt zunächst der Mutter und dann mir die Hand. Die Patientenakte legt er zum Untersuchungs-Heft und tritt an die Liege. Eine Weile mustert er das Bild, das Yannick vorhin gemalt hat: „Toll, das Auto könnte theoretisch schon fahren. Mit Spoiler.“ Er lacht freundlich und widmet sich dann dem Untersuchungs-Heft, blättert darin und fragt dann feststellend: „97cm stimmt?“ „Ja“ antwortet die Mutter unbekümmert. „Mal schauen, wie er hier liegt“, meint Dr. Prauner und richtet den Blick vom Somatogramm im Untersuchungs-Heft weg auf den Computer, wo er einige Mausclicks tätigt. „Bei den Größten war er nie“, meint die Mutter weiterhin unbekümmert, doch der Arzt rät ihr, in vierteljährlichen Abständen mal danach zu schauen. Yannick sei nicht „außerhalb“, aber auf dem unteren Größenniveau. Da das früher nicht so war, sollte die Größe im Blick behalten werden, bis zur U9 würde er noch warten, aber vielleicht müsse man dann mal zum Endokrinologen.

Das Thema taucht in der Untersuchung etwas später wieder auf:

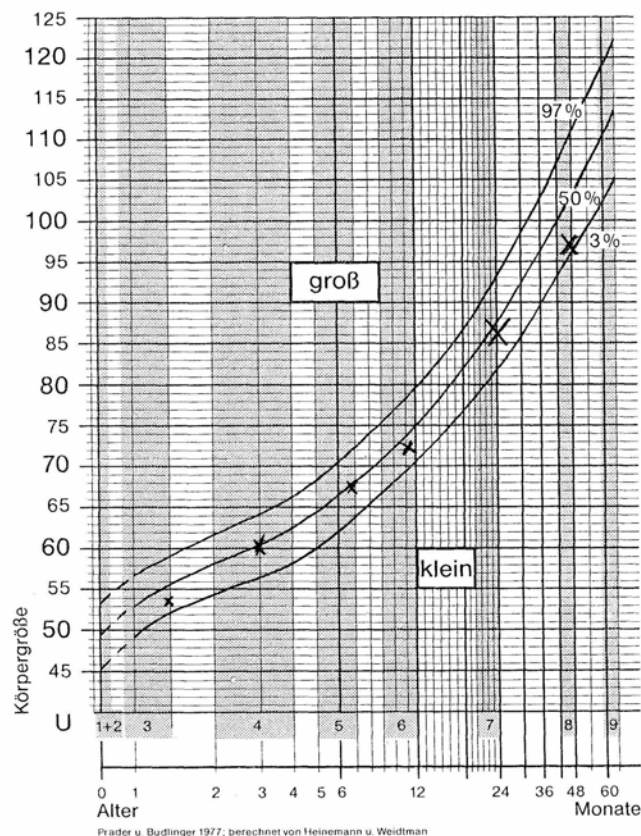
(...) Noch einmal kommt der Arzt auf die „Größenentwicklung“ zu sprechen und legt der Mutter nahe, alle Vierteljahre zur Überprüfung zu kommen. Sie messe ihn ab und zu, meint die Mutter. „Wenn er unter die Linie rutscht, müssen wir was machen“, stellt der Arzt fest.

3.1 Differente Normalitätskonstruktionen

Für die Analyse des „praktischen Managements der Normalität“ ist an dieser Situation zunächst bemerkenswert, dass die Perspektiven von Mutter und Arzt hinsichtlich der Normalität der Größe des Kindes variieren. Die Mutter bezieht sich auf die alltagsweltliche Beobachtung der körperlichen Gestalt des Kindes, wobei sie aus der bisherigen Größenentwicklung Yannicks und dem Vergleich zu seinen Altersgenossen die Normalität des aktuell ermittelten Größenwerts ableitet. Der Arzt wiederum betrachtet das Somatogramm, also die graphische Darstellung der Größen- und Längenentwicklung mittels eines Koordinatensystems. Hier wird der für Yannick gemessene Wert in Bezug auf eine statistisch ermittelte Größennormalität abgebildet (vgl. Abb.).

In beiden Perspektiven ist die Normalität der Größe als Vergleichswert sowohl an der Alterskohorte als auch an dem individuellen Entwicklungsverlauf bestimmt. Jedoch beziehen sich Arzt und Mutter auf unterschiedliche Formen der Sichtbarkeit, aus denen sich erst einmal unterschiedliche Konsequenzen für die Phänomenkonstruktion ergeben. *Sachlich* wird die Normalität der Größe zum einen entlang eines individuellen Merkmals des Kindes konstruiert und zum anderen im Horizont medizinischer Risikokonstruktionen prekär. *Zeitlich* besteht die Differenz in der je anderen Vermittlung von Vergangenheit und Zukunft. Während sich für die Mutter aus der Erfahrung, dass ihr Kind noch nie der Größte war, die Erwartung ergibt, dass sich das auch zukünftig als Kontinuität zeigen wird, liegt für den Arzt in der graphischen Repräsentation, dem Abfallen der Linie gegenüber der bisherigen Stetigkeit eine mögliche Gefährdung in der Zukunft. Im weiteren Verlauf der Untersuchung werden diese Perspektivendifferenzen jedoch präventionsfunktional bearbeitet, wobei das Somatogramm auch daran einen aktiven Anteil hat.

Abb. Somatogramm aus dem Untersuchungsheft von Yannick



3.2 Die Übersetzungsarbeit des Somatogramms

Das Somatogramm zur Größe des Kindes zeigt die statistisch erwartbare Größenentwicklung in Form eines Kurvenverlaufs an und stellt sie in dieser Kurvenkonstruktion als kontinuierlichen Prozess dar (vgl. Kelle 2007). Das Wachstum des Kindes, das sich in der alltäglichen Wahrnehmung als je aktueller Status zeigt, wird über diese Darstellung als Verlauf gespeichert. Das Merkmal Größe wird in eine Form „übersetzt“, in der es nicht nur als differentes Merkmal zu anderen Körpern, sondern als graphische Anordnung in Bezug auf eine Durchschnittsnorm, sowohl als Einzeldatum als auch als Verlauf als Normalität oder Abweichung sichtbar gemacht werden kann. Diese „Reduktion“ (Latour 2002, S. 87) des Gestaltphänomens Körpergröße qua graphischer Repräsentation ist Voraussetzung für die „vergleichende Arbeit“ des Somatogramms, denn auf der ansteigenden Kurvenlinie werden nicht nur die Messergebnisse des Kindes angeordnet, sondern es ist durch die obere und untere Perzentile auch ein Normalitätskorridor von 3%-97% ausgewiesen.⁹ Das heißt, überschreitet ein Messpunkt die 3%-Perzentile nach unten oder die 97% -Perzentile nach oben, wird der Bereich der statistischen Normalität verlassen, die beiden Perzentilen funktionieren als Grenzlinien.¹⁰ Bei diesen Normen, die mit dem Eintragen des individuellen Größenwertes geltend gemacht werden, haben wir es aufgrund ihrer Durchschnittsbasiertheit mit „normalistischen Normen“ (Link 1999) zu tun. Mit ihnen wird eine Verortung möglich, die anzeigt, dass „alles bestens“ ist – oder eben nicht. Der spezifisch registrierenden und verortend-visualisierenden Funktion des Somatogramms korrespondiert ein Sprechen des Arztes, das auf diese Normalitätskonstruktion referiert. Dabei heißt es nicht, das Kind sei zu klein oder in letzter Zeit zu langsam gewachsen, sondern: „er ist noch nicht *außerhalb*“.

In der beschriebenen Situation ist der eingetragene Größenwert ein erster Anlass, die Aufmerksamkeit auf eine mögliche Abweichung auszurichten. Allerdings gerät vermittels der Repräsentationstechnik die Größe nicht nur in den Fokus der Aufmerksamkeit, weil der aktuelle Messpunkt zu nah an der 3%-Perzentile liegt, sondern die Möglichkeit einer Abweichung zeigt sich vor allem auch als Abfallen der Linie des individuellen Größenverlaufs von der im Somatogramm entworfenen Kontinuität.¹¹

9 Für die Bedeutung von Kurvengraphiken als zentrales Dispositiv des Normalismus siehe Link (2002).

10 Das Somatogramm zeigt drei Perzentilen-Linien an: 3%-, 50%- und 97%. Diese geben an, wie viele Kinder aus der normierenden repräsentativen Stichprobe mit ihrem Messwert jeweils vor oder hinter dieser Linie liegen.

11 Diese Verlaufsorientierung und die sprachliche Einstimmung auf das Darstellungsformat des Somatogramms wird auch im folgenden Interviewausschnitt mit demselben Arzt deutlich:

Erst indem es die Größenwerte in eine Darstellung normaler oder abweichender Wachstumsprozesse transformiert, kann das Somatogramm für den Arzt zum medizinisch-klinischen Index werden, der ein Kalkül von Risiken – bezogen auf den Wachstumsverlauf – überhaupt erst ermöglicht und ein weiteres Prozessieren dieser Auffälligkeit entlang zusätzlicher Messungen nahe legt. In dieser Funktion ist es als „transversales Objekt“ zu betrachten, das den „Übergang zwischen dem erlaubten, was vorangeht, und dem, was folgt“ (Latour 2002, S. 82, Herv. i. Org.). Das Somatogramm zeigt sich somit als ein „epistemisches Arbeitsmittel“ (Lachmund 2002). Es verknüpft die Messwerte zu einem Muster, das in dieser Form nicht vom Kinderkörper selbst abgelesen werden kann, diesen aber zur weiteren Bearbeitung spezifisch repräsentiert, da es eine detaillierte Abbildung des Verlaufs der riskanten Größenentwicklung zu erzeugen vermag. Die Kurve stellt zudem eine „Bildtechnik“ dar, die mittels der grafischen Visualisierung den medizinischen Repräsentationsraum der Körperwahrnehmung gegenüber anderen, alltäglichen Erfahrungsräumen und -ressourcen abgrenzt (vgl. Hess 2002, S. 176). Dies wird u.a. an der anfänglichen Irritation der Mutter gegenüber der Größeneinschätzung und Notwendigkeit des weiteren ärztlichen Messens deutlich.

3.3 *Symmetrisierung von Perspektiven in der Praxis der Beobachtung*

Jedoch bringt der medizinische Gebrauch des Darstellungsformats nicht nur eine Abgrenzung zwischen Arzt und Laie mit sich. Als Element des Untersuchungs-Hefts, welches zum einzelnen Kind gehört und bei den Eltern verbleibt, vermag das Somatogramm auch die Anschlussfähigkeit an die mütterliche Perspektive zu garantieren. Dieser Anschluss ist notwendig, da der weitere „Behandlungsvorschlag“, die Größe genauer zu beobachten, ihre Mitarbeit voraussetzt: Die Mutter soll das Kind zu weiteren Größenkontrollen in der Praxis vorstellen, obwohl mit Interventions-Maßnahmen voraussichtlich bis zur U9, also etwa ein Jahr, gewartet werden kann. Der sensibilisierte Arzt ist auf diese Mitarbeit angewiesen, für ihn gilt es nun, den

Dr. Prauner: „Also so als Orientierung is es insofern immer gut, als wir, äh, die individuelle Entwicklungslinie, äh, eines Menschen verfolgt wird und wenn da ein Knick drin ist, dann muss ich mir überlegen warum. Ähm. Die Wachstumsgeschwindigkeit ist für alle gleich, aber die sind auf unterschiedlichen Niveaus angesiedelt (unverständlich) und wenn dann ein Wechsel stattfindet, dann muss ich halt gucken. (...)“

Dr. Prauner: „Äh, das ist nicht das Ziel da in der Mitte zu liegen, sondern, äh, das Ziel ist, dass man schon in dieser Reichweite is und das man sich erwartungsgemäß entwickelt“.

Interviewerin II: „Also eher dass die Kurve stimmt?“

Dr. Prauner: „Dass die die mitmachen, ja.“

Interviewerin II: „Dass da so keine Zickzacklinie is oder so“.

Dr. Prauner: „Ja, ja. Das entscheidende ist der Verlauf“.

Verlauf zu prüfen und das Risiko im Blick zu behalten. Er kann noch nicht entscheiden, ob es sich bei der abfallenden Größenlinie um einen ersten Indikator für eine Abweichung, um ein sich verfestigendes Problem oder ein vorübergehendes Phänomen handelt. Daher erhöht er den Takt der Beobachtung.

Die Anschlussfähigkeit der medizinischen Perspektive wird über eine „primitivwissenschaftliche“ Darstellung der Lesart des Somatogramms erreicht. In verknappter Form klärt der Arzt die Mutter auf und bindet diese in die Verwendung des Somatogramms ein („Wenn er unter die Linie rutscht, müssen wir was machen“).¹² Die 3%-Perzentile wird somit in der praktischen Anwendung zur Grenzmarkierung, die nicht einfach nur deskriptiv auf die Normalitätsgrenze verweist, sondern diese erst dadurch relevant werden lässt, dass eine Behandlungsnotwendigkeit (die noch nicht genauer spezifiziert ist) angezeigt sein könnte. Im Kontext der konkreten Vorsorgeuntersuchung kann dies nicht unbedingt entschieden werden, denn es bedarf u.U. weiterer Untersuchungen oder anderer fachmedizinischer Expertisen, im vorliegenden Fall der Endokrinologie, um über die Behandlungsnotwendigkeit zu entscheiden. Dennoch ist die Normalitätsgrenze bezogen auf diesen Phänomentypus identisch mit der Grenze *Behandlung/Nicht-Behandlung* und kann von der Mutter auch im Sinne eigener Messungen und Eintragungen bearbeitet werden.

In sozialer Hinsicht werden einerseits die Zuständigkeiten von Arzt, Patient und Mutter abgegrenzt, was durch die Abstraktheit des medizinischen Wissens in Bezug auf den „Befund“ erreicht wird. Die Expertenschaft des Arztes wird durch das höher getaktete Messen *in der Praxis* auf Dauer gestellt. Andererseits kommt es aber auch zu einer Entdifferenzierung dieser Expertenrolle (vgl. Lachmund 1987), da die Einsicht und die Mitwirkung der Mutter vorausgesetzt werden müssen. Durch ihre Mitarbeit, wird sie aktiv an der „Grenzarbeit“ beteiligt und wird sogleich zur Co-Expertin, insofern sie die medizinische Konstruktion des Normalitätsrisikos übernimmt. Die Formensprache des Somatogramms in Konstellation mit der behandlungsbezogenen Lesart des Arztes kürzt den diskursiven Prozess des Aushandels ab (vgl. Hess 1999, S. 240) und mediatisiert die Arzt-Eltern-Interaktion im Sinne einer gemeinsamen Praxis des Beobachtens.

3.4 Materialisierung einer Sprachauffälligkeit

Etwas anders zeigen sich die Normalitätskonstruktionen in ihrer sachlichen, zeitlichen und sozial-materialen Strukturierung in einer weiteren Sequenz aus derselben U8, bei der die Prozesse der Repräsentation körperlicher Phänomene ohne Visualisierungstechnik vollzogen werden. Unter der Rub-

12 Vgl. zur Vermittlung anderer Lesarten des Somatogramms in den Untersuchungen Kelle (2007).

rik „erfragte Befunde“ ist in den Kindervorsorgeuntersuchungen eine Abklärung mit den Eltern zu möglichen Aussprachestörungen des Kindes vorgesehen. Darum geht es in der folgenden Episode. Doch es ist nicht der Arzt, der den Befund „erfragt“, sondern die Mutter bringt das Thema selbst zum Ende der Untersuchung ein.

Die Mutter möchte noch etwas fragen und berichtet, dass Yannick seit drei Wochen das R gut spreche, aber manchmal habe er damit noch Schwierigkeiten. Ob er es ersetzt, fragt der Arzt daraufhin. Seit ein paar Wochen sei es besser, aber sie wollte dennoch mal fragen, ob man da was machen müsse. „Wenn es einen Fortschritt gibt nicht“ meint Dr. Prauner dazu, aber er könne ja mal schauen, ob sie ein Buch finden, das sich eignet, um das R zu üben. Er wühlt in dem Haufen Bücher, die sich auch auf der Liege befinden, und zieht eines heraus. (...) Arzt und Mutter stehen bzw. hocken nah bei Yannick auf der Liege, alle drei sind über das Buch gebeugt. „Yannick, was ist das?“ fragt die Mutter. „Chrokodil“, kommt gleich von ihm. Das hatte sie gemeint. Sie schauen weiter in das Buch, Yannick sagt „Vogel“, Mutter und Arzt schmunzeln. „Was is’n das?“ fragt die Mutter weiter. Yannick jedoch sagt nichts, er bewegt sich als sei er verlegen. „Sag mal Robbe“, fordert ihn die Mutter auf. „Chrobbe.“ Wieder bedeutet die Mutter dem Arzt, dass sie das meinte, sie will wissen, ob es ein Problem gebe. „Pinguin“ kommentiert Yannick ein weiteres Tier, während die Erwachsenen sich über das mögliche Problem austauschen. „Spinne.“ Dr. Prauner hat genug gehört, er wechselt den Platz und lehnt sich an die Wickelkommode: „Ich würde noch ein halbes Jahr warten“. (...) „Ich würde ihn noch in Ruhe lassen, das auch nicht dauernd korrigieren“, Yannick habe ja im Kindergarten Leute um sich, da könne sich das entwickeln. „Nicht versuchen, es zu steuern“, lautet ein weiterer Rat des Arztes, wenn sich in einem halben Jahr nichts ändere, könne man immer noch was machen. Die Mutter hört ihm die ganze Zeit aufmerksam zu, kommentiert seine Ratschläge und Aufforderungen immer wieder mit „Ja“, manchmal hakt sie noch einmal nach. Ich habe den Eindruck, sie wird seinem Rat folgen. Sie nimmt ihn an. Manchmal gehe es auch schon ganz gut, bemerkt sie noch.

In dieser dargestellten Situation wird die Frage nach der Normalität von der Mutter in einem differenzierten Bericht über ihren „Befund“ aufgeworfen. Sie bezieht sich damit bereits auf eine isolierte Betrachtung des Sprachphänomens innerhalb der medizinisch-differenzierenden Logik von Aussprache Fehlern und zeigt ganz konkrete Vorstellungen davon, was ihr an der Aussprache ihres Kindes normal erscheint und was nicht. Anhand eines entwicklungspsychologisch modellhaften Wissens evaluiert sie die Sprachentwicklung von einer Vorstellung des richtigen Sprechens her, wobei sie einbezieht, dass im Prozess des Sprechenlernens Aussprache Fehler vorkommen können. Dies wird deutlich im Hinweis auf die stattgefundene

Veränderung, mit dem sie die Sprachkompetenzen explizit in einen zeitlichen Verlauf der Entwicklung einordnet.

In ihrer sprachlichen Darstellung dramatisiert die Mutter einerseits, indem sie das Phänomen regelrecht „seziert“, andererseits entdramatisiert sie, indem sie zweimal hervorhebt, dass bereits eine Veränderung zu beobachten sei. Auf diese Weise nimmt sie zwar eine implizite Normalität für die Sprachperformance des Kindes in Anspruch, stößt jedoch mit der Frage nach der Behandlungsnotwendigkeit (ob man was tun *müsse*) eine Evaluation des Ausspracheproblems im Hinblick auf die Grenze von normal und abweichend an. Das initiiert erst die eingehende Untersuchung durch den Arzt, die darüber entscheiden soll, ob das falsch ausgesprochene R als normal expliziert werden kann oder doch für abweichend befunden wird. Der Arzt nimmt die ihm zugewiesene Aufgabe an, indem er als erstes die schnelle Antwort: „wenn es einen Fortschritt gibt nicht“, anbietet, diese dann durch die Nachfrage, ob Yannick das R ersetze, differenziert und sich dann auch selbst ein Bild über das mögliche Problem macht. Indem das Bilderbuch als materielle Ressource in den sozialen Konstruktionsprozess eingebunden wird, wird Yannick motiviert, an der klinischen Beobachtung seiner Sprachperformance mitzuwirken. Das Bilderbuch lässt zudem eine „Abfragetechnik“ zu, die Yannick aus seinem Kinderalltag geläufig sein dürfte. Die „Reduktion“ der Sprachperformance zu einem abgegrenzten Abweichungsphänomen wird möglich, indem es aus seinem gewöhnlichen Auftreten innerhalb des Redeflusses des Kindes „herauspräpariert“ wird und entlang eines Wissens um Lautbildungsprobleme eingeordnet werden kann. Während im vorhergehenden Beispiel zwei differente Normalitätskonstruktionen von Mutter und Arzt gegen- oder nebeneinander standen und erst mittels des Somatogramms aufeinander bezogen wurden, wird hier – zumindest zwischen Arzt und Mutter – bereits zu Beginn innerhalb eines geteilten Referenzsystems über das mögliche Sprachproblem verhandelt.

3.5 Sprachnormalitäten als Zeitkonstruktionen

Die Normalität der Entwicklung wird auch hier nicht als Statusbewertung, sondern als Prozessevaluation erarbeitet. So kann die Auffälligkeit zwar auf der Seite der Abweichung verortet werden, zugleich kann aber mittels Zeit eine definitive Grenzüberschreitung in der Schwebe gehalten werden. Während zunächst die Frage nach der Notwendigkeit einer Behandlung zumindest eine potentielle Abweichung konstruiert, wird im weiteren Verlauf der Sequenz Normalität erzeugt, indem deutlich gemacht wird, dass Entwicklungszeiten nicht punktuell normiert werden können und es vielmehr auf die Kontinuität der Schritte ankommt. In dieser Konstruktion hat jedes Kind seine individuelle Zeit, der an diesem Punkt vage Normalitätsgrenzen gesetzt sind: ein halbes Jahr wird anberaumt, in dem die Sprache sich in die richtige Richtung entwickeln soll. Im Gegensatz dazu gibt es bei der Grö-

Benentwicklung in der vorangegangenen Sequenz in unmittelbarer Zukunft ein „zu spät“. Die Aufmerksamkeit bleibt beansprucht und es zeigt sich auch hier die Konstruktion einer möglichen Abweichung als potentielles Risiko. Doch diese ist mit umgekehrten Vorzeichen versehen, denn Arzt und Mutter gehen nicht davon aus, dass etwas, was sich jetzt nur als Andeutung abzeichnet, in Zukunft als Störung auftreten könnte, denn die Auffälligkeit ist ja bereits konkret da. Die Frage ist hier lediglich, ob es sich nicht nur um ein „normales“ Übergangsphänomen handelt.

3.6 Normalitäten und Zuständigkeiten

Aus dieser Verknüpfung von sachlicher und zeitlicher Dimension ergibt sich für dieses Phänomen sozial eine andere Form. Der aktive Anteil an der Problembewertung wird beim Kind und in seinem Verhältnis zu den alltäglichen Anregungen seiner Umgebung verortet. Die Mutter wird für diese Zeit und dieses Phänomen auf Zurückhaltung verwiesen und die Möglichkeit zur normalen Entwicklung wird mittels des Rekurses auf Eigenzeit als Grenzsetzung gegenüber der Mutter formuliert. Sie soll dem Kind nicht einfach *Zeit geben*, sondern es in der Sache in „Ruhe lassen“, soll nichts erzwingen, „es nicht steuern“, um ihm die benötigte Zeit nicht wegzunehmen. Zugleich wird sie jedoch auch als Beobachterin in die Pflicht genommen, die nach einem halben Jahr darüber entscheiden muss, das Kind dem Arzt noch einmal vorzustellen, um evaluieren zu lassen, ob sich die Auffälligkeit zur behandlungsbedürftigen Störung entwickelt hat oder nicht, bzw. ob eine weitere Diagnose initiiert werden muss oder nicht. So wird die Mutter als zurückhaltende und zugleich als weiterhin achtsame Akteurin bezüglich der Sprachentwicklung ihres Kindes adressiert.

Im Vergleich der beiden Sequenzen wird deutlich, dass die beiden Normalitätskonstruktionen mit bestimmten Zuständigkeitszuweisungen verknüpft sind. Das wird am Ende der Untersuchung noch einmal klar markiert, als die Beobachtungskompetenz für das jeweilige Phänomen zugeordnet wird:

„Wir bleiben dann dabei, dass wir in einem viertel Jahr noch mal wegen der Größe gucken“, bringt Dr. Prauner erneut dieses Thema ein. Mit der Sprache, das merke sie ja, wenn sich was ändert. Die Mutter will noch wissen, ob sie wegen der Größe richtig einen Termin machen müsse. „Sicherheitshalber ja“, meint Dr. Prauner, gibt ihr die Versichertenkarte und trägt etwas ins Untersuchungs-Heft ein, anschließend in den Computer.

Mit dem abschließenden Eintrag ins Vorsorgeheft, dass „kein Anhalt für eine die Entwicklung gefährdende Gesundheitsstörung“ bestehe, kommt zwar eine explizite Normalitätszuschreibung zur Geltung, doch diese bleibt prekär, denn die Frage nach auffälligen Befunden steht bei der nächsten – nun früher anberaumten – Untersuchung wieder an.

4. Normalisierungsnetzwerke: das praktische Management der Normalität als „Arbeit an der Grenze“

Die vorangegangene Analyse hat ein komplexes praktisches Management der Normalität in einer Vorsorgeuntersuchung rekonstruiert, in welchem verschiedenartige Normalitäten durch unterschiedliche sachliche, zeitliche, soziale und materiale Formationen hervorgebracht werden, die in unterschiedliche Funktionen und Bearbeitungsmodi innerhalb der Vorsorgeuntersuchung eingebettet sind.

Zum einen zeigten sich am Beispiel dieser U8 so etwas wie implizit und explizit in Anspruch genommene Normalitäten. Auf der Ebene der Konstruktion von Phänomenen, wie im Beispiel der abweichenden Größenentwicklung und Aussprache, wird in den routinierten Praktiken ein *implizites Normalitätswissen* in der medizinischen Beobachtung enaktiert. Erst darüber werden die Phänomene überhaupt als Normalitätsrisiken zur Sichtbarkeit gebracht und damit zur weiteren Prozessierung in der Untersuchung verfügbar gemacht. Während das Sprachphänomen unter Rekurs auf ein gemeinsames Wissen über die richtige Aussprache in einer gezielt stimulierten Performance als auffallend vorgeführt wird, ist es bei der Größe das Somatogramm, das das Phänomen bereits innerhalb eines Normensystems darstellt und als Gegenstand der medizinischen Prävention zur Verfügung stellt. Diesen routinierten Praktiken ist ein spezifisches Wissen um Normalitäten also insofern inhärent, als dass es eine Anordnung der Phänomene auf einem Kontinuum von Abweichung und Normalität und damit die spezifische Konturierung der Phänomene überhaupt erst erlaubt. In beiden Fällen geschieht diese Herstellung von Sichtbarkeit in einem komplexen Netzwerk differenter „material spatio-temporal formations“ (Sørensen 2007), in welchen nicht nur Übersetzungsleistungen vollzogen werden, sondern diese auch zeitökonomisch in der Vorsorgeuntersuchung realisiert werden können.

Ob es im Erstellen von Befunden dabei zu einer *expliziten Normalitätszuschreibung* kommt, bleibt in der vorgestellten Situation an den Entwurf einer Behandlungsbedürftigkeit oder -notwendigkeit gebunden. Diese explizite Scheidung zwischen normal und abweichend wird in der vorgestellten U8 in beiden Fällen in der Schwebe gehalten. Die nicht-interventionistische Behandlung der Auffälligkeiten durch das „Abwarten“ zeigt sich jedoch nicht als passives Nichts-Tun, sondern als „Arbeit an der Grenze“, welche die beteiligten Personen und Objekte in spezifischer Weise einbindet. In Bezug auf die Rolle der Mutter zeigt sie sich zum Beispiel als „Regulierung des rechten Maßes“. Deren Sorge um das Kind muss im Fall der Größenentwicklung leicht verstärkt, im Fall des Aussprachefehlers reduziert werden. Diese differenzierte Beobachtungs- und Selbstregulationsfähigkeit ist eine der entscheidenden Ressourcen des Entwicklungsprozesses, aber auch

der weiteren ärztlichen Behandlung, ihr kommt bei der kontinuierlichen Bearbeitung der Normalitätsgrenze eine entscheidende Bedeutung zu.

Das „Arbeiten an der Grenze“ zeigt sich aber insbesondere auch als eine spezifische Formierung von Zeiten. Diese Formationen haben die Struktur von Taktungen, Erwartungshorizonten und auf Zeit bezogenen Verwendungsvorgaben, die in Bezug auf die Größenentwicklung die *Form der Kontrolle* und in Bezug auf das Sprachproblem die *Form einer Ressource* des Entwicklungsprozesses annehmen. In beiden Fällen kann jedoch gerade über diese Formierung von Zeiten die prekäre Normalität der kindlichen Entwicklung als Prozessnormalität in den Untersuchungsablauf eingebunden und darüber eine Scheidung zwischen abweichend und normal weiterprozessiert und in der Schwebe gehalten werden.

Hier kommt eine Besonderheit der Vorsorgeuntersuchungen zum Tragen. Denn gerade die Möglichkeit, die Normalität von Entwicklung in den Prozess selbst zu legen, die explizite Normalitätszuschreibung entsprechend fluide zu halten, ist unseres Erachtens durch eine Synchronisierung unterschiedlicher Zeitformationen gegeben. In einer ersten Typisierung möchten wir diese differenten Zeitformierungen als Entwicklungszeit des Kindes, Beobachtungs- und Sorgezeit der Mutter und eine Diagnose- oder Behandlungszeit des Arztes bezeichnen. Dem Kind wird über die Entwicklungszeit eine entscheidende Ressource zum Wachsen oder der Sprachentwicklung zugewiesen, es hat sich in dieser Zeit zu transformieren. Von der Mutter wird in der Beobachtungszeit eine forcierte Aufmerksamkeit erwartet, sei es durch vermehrte Vorstellungen in der Kinderarztpraxis oder durch eine zurückhaltende, aber zugleich differenzierte Beobachtung der Sprachentwicklung. Der Arzt bleibt für seine weitere Diagnose- und Behandlungszeit gehalten, die Bemühungen der beiden zu begleiten und den Zeitpunkt zu bestimmen, an dem zwischen normal und abweichend entschieden werden kann, indem er eine medizinische Intervention einleitet – oder eben nicht. Diese drei Zeiten – Entwicklungszeit, Beobachtungszeit und Diagnose- und Behandlungszeit – haben ihre eigenen Formen. So ist die Behandlungszeit des Arztes weniger als Verlauf, sondern als eine Ereigniszeit konzipiert. Ohne das an dieser Stelle weiter auszuführen, scheint für das praktische Management der Normalität entscheidend, dass in den Vorsorgeuntersuchungen diese differenten Zeitformationen permanent bearbeitet und aufeinanderbezogen werden können, um somit spezifische Normalitätskonstruktionen und explizite Normalitätszuschreibungen zu ermöglichen. Diese für die prozessorientierten Vorsorgeuntersuchungen relevante Parallelisierung und Synchronisierung liefert eine der entscheidenden Ressourcen, um die Zuschreibung, „das Kind entwickelt sich normal“, flüssig halten zu können – und die Grenzarbeit auf Dauer zu stellen.

Die Zahl der auffälligen Befunde in den Vorsorgeuntersuchungen ist in den letzten Jahren rückläufig, wohingegen sie in den punktuellen Reihenunter-

suchungen, wie z.B. den Schuleingangsuntersuchungen, relativ kontinuierlich steigen RKI (2004). In den Fachdebatten wird dies nicht nur auf die unterschiedlichen Teilnahmeraten zurückgeführt, sondern auch als dezidierte Kritik an den Früherkennungsleistungen der Vorsorgeuntersuchungen formuliert (Langness 2006, Flender 2005, S. 1). Aus kulturanalytischer Perspektive plausibilisiert diese Diskrepanz der Befunde eine differenzierende weitere Erforschung dieser oben angesprochenen Zeitformierungen in Kindervorsorgeuntersuchung wie Schuleingangsdiagnostik. Unsere These ist es, dass die unterschiedlichen Befundzahlen nicht als Indikator für eine bessere oder schlechtere Entwicklungsdiagnostik gelesen werden müssen oder auf unterschiedliche abstrakte Vorstellungen von Normalität verweisen, sondern auf ein anderes *praktisches Management der Normalität*.

Dieses Management wird von sozio-materialen Netzwerken geleistet, die spezifische Zeitformierungen ermöglichen und auf der Ebene einzelner Objekte auch die Reproduktion von Kinderkörper-Normen über die Arztpraxis hinaus erlauben. So macht die vorangegangene Analyse einzelner Elemente des Gelben Heftes darauf aufmerksam, dass diesem neben seinen bereits ausgeführten Funktionen auch eine Normalisierungsfunktion zukommt: es schließt Eltern an die Praktiken des Beobachtens der Früherkennungspraxis an und bindet sie als spezifische Akteure in die Konstruktion der medizinisch-normierten Prozessnormalität der Entwicklung ihrer Kinder ein.

Literatur

- Berg, Marc (1996): Practices of Reading and Writing. The Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work. In: *Sociology of Health and Illness*, Jg. 18, H. 4, S. 499-524
- Bröckling, Ulrich (2004): Prävention. In: Ulrich Bröckling/Susanne Krasmann/Thomas Lemke (Hrsg.): *Glossar der Gegenwart*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 210-215
- Brüggemann, Jan H. (1991): Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter (U1-U9). Erläuterungen für Eltern zum „Gelben Heft“. Stuttgart: Thieme
- Döpfner, Manfred et al. (2005): Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen (S-ENS). Theoretische und statistische Grundlagen. Göttingen: Hogrefe
- Flender, Judith (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen durch Erzieherinnen: Überprüfung der Gütekriterien des Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6). Universität Dortmund: Dissertation
- Fuhs, Burkhard (2003): Der Körper als Grenze zwischen den Generationen. In: Heinz Hengst/Helga Kelle (Hrsg.): *Kinder, Körper, Identitäten*. Weinheim und München: Juventa, S. 51-72
- Hafen, Martin (2005): Systemische Prävention – Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen. Heidelberg: Carl-Auer Verlag
- Hengst, Heinz/Zeiher, Helga (2005): *Kindheit soziologisch*. Wiesbaden: VS Verlag
- Hess, Volker (1999): Die moralische Ökonomie der Normalisierung. Das Beispiel Fiebermessen. In: Werner Sohn/Herbert Mehrrens (Hrsg.): *Normalität und Ab-*

- weichung: Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 222-243
- Hess, Volker (2002): Die Bildtechnik der Fieberkurve. Klinische Thermometrie im 19. Jahrhundert. In: David Gugerli/Barbara Orland (Hrsg.): *Ganz normale Bilder. Historische Beiträge zur visuellen Herstellung von Selbstverständlichkeit*. Zürich: Chronos, S. 159-180
- Honig, Michael-Sebastian (1999): *Entwurf einer Theorie der Kindheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Hungerland, Beatrice (2003): „Und so gedeiht das Baby!“ Altersgerechte Entwicklung und Gesundheit als gesellschaftliche Norm und Leistung. In: Heinz Hengst/Helga Kelle (Hrsg.): *Kinder, Körper, Identitäten*. Weinheim und München: Juventa, S. 139-160
- Kelle, Helga (2007): „Ganz normal“: Die Repräsentation von Kinderkörpernormen in Somatogrammen. Eine praxisanalytische Exploration kinderärztlicher Vorsorgeinstrumente. In: *Zeitschrift für Soziologie (ZfS)*, Jg. 36, H. 3, S. 197-215
- Kinder-Richtlinien (2005): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“), zuletzt geändert am 21. Dezember 2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 60, S. 4833
- Knorr-Cetina, Karin (2002): *Wissenskulturen. Ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Lachmund, Jens (1987): Von der kurativen Medizin zur Risikoprävention. In: *Zeitschrift für Soziologie (ZfS)*, Jg. 16, H. 5, S. 353-366
- Lachmund, Jens (2002): Kartennaturen. Zur Historischen Soziologie der Stadtökologie von Berlin (West). In: David Gugerli/Barbara Orland (Hrsg.): *Ganz normale Bilder. Historische Beiträge zur visuellen Herstellung von Selbstverständlichkeit*. Zürich: Chronos, S. 85-104
- Langness, Anja (2006): *Früherkennungsuntersuchungen bei sozial benachteiligten Kindern. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Akzeptanz der U1-U9*. Universität Bielefeld: Dissertation
- Latour, Bruno (1996): On Actor Network Theory. A Few Clarifications. In: *Soziale Welt*, H. 47, S. 369-381
- Latour, Bruno (2002): *Die Hoffnung der Pandora*. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Link, Jürgen (1999): *Versuch über den Normalismus: wie Normalität produziert wird*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Link, Jürgen (2002): Das normalistische Subjekt und seine Kurven: Zur symbolischen Visualisierung orientierender Daten. David Gugerli/Barbara Orland (Hrsg.): *Ganz normale Bilder. Historische Beiträge zur visuellen Herstellung von Selbstverständlichkeit*. Zürich: Chronos
- Mol, Annemarie (2007): *The body multiple. Ontology in medical practice*, third edition. Durham, London: Duke University Press
- Prout, Alan (2003): Kinder-Körper: Konstruktion, Agency und Hybridität. In: Heinz Hengst/Helga Kelle (Hrsg.): *Kinder, Körper, Identitäten*. Weinheim und München: Juventa, S. 33-50
- Reckwitz, Andreas (2003): Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive. In: *Zeitschrift für Soziologie (ZfS)*, Jg. 32, H. 4, S. 282-301
- RKI: Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2004): *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Kinder und Jugendliche*. Berlin

- Schatzki, Theodor (1996): *Social Practices. A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social*. New York
- Schlaud, Martin (2004): Wie gesund sind unsere Kinder? *Frühe Kindheit*, H. 6, S. 14-17
- Sohn, Werner (1999): Bio-Macht und Normalisierungsgesellschaft – Versuch einer Annäherung. In: Werner Sohn/Herbert Mehrrens (Hrsg.): *Normalität und Abweichung. Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 9-29
- Sørensen, Estrid (2007). The Time of Materiality (40 paragraphs). In: *Forum Qualitative Sozialforschung FQS* [Online Journal], Jg. 8, H. 1, <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-07/07-1-2-e.htm>
- Swaan, Abram de (1990): *The management of normality: critical essays in health and welfare*. London: Routledge
- WHO (2007): *Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision (ICD 10)*
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2007/fr-icd.htm>

- Grimm, H. (2001). *SETK 3-5. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungsfähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. (2003). *SSV. Sprachscreening für das Vorschulalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Grimm, H. et al. (2004). Sprachscreening im Vorschulalter: Wie viele Kinder brauchen tatsächlich Sprachförderung? *Frühförderung interdisziplinär* 23, 108-117.
- Haberzettl, S. (2005). *Der Erwerb der Verbstellungsregeln in der Zweitsprache Deutsch durch Kinder mit türkischer und russischer Muttersprache*. Tübingen: Niemeyer.
- Horstkemper, M. (2006). Fördern heißt diagnostizieren. *Friedrich Jahresheft*, 4-7.
- Jeuk, S. (2006). Zweitspracherwerb im Anfangsunterricht – Erste Ergebnisse. In: Ahrenholz, B. (Hrsg.), *Kinder mit Migrationshintergrund. Spracherwerb und Fördermöglichkeiten* (S. 186-202). Freiburg: Filibach.
- Jeuk, S. (2008). „Der Katze sieht den Vogel“. Aspekte des Genuserwerbs im Grundschulalter. In: Ahrenholz, B. (Hrsg.), *Zweitspracherwerb. Diagnosen, Verläufe, Voraussetzungen* (S. 135-150). Freiburg: Filibach.
- Kaltenbacher, E. & Klages, H. (2006). Sprachprofil und Sprachförderung bei Vorschulkindern mit Migrationshintergrund. In: Ahrenholz, B. (Hrsg.), *Kinder mit Migrationshintergrund. Spracherwerb und Fördermöglichkeiten* (S. 80-97). Freiburg: Filibach.
- Kany, W. & Schöler, H. (2008). *Fokus: Sprachdiagnostik*. Berlin: Cornelsen.
- Klann-Delius, G. (1999). *Spracherwerb*. Stuttgart: Metzler.
- Knapp, W. (1999). Verdeckte Sprachschwierigkeiten. *Grundschule* 5, 30-34.
- MGGFI (Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, Hrsg.) (2007). *Grundzüge der fachlichen Umsetzung der zusätzlichen Sprachförderangebote*. Verfügbar unter: http://www.mgffi.nrw.de/pdf/kin-der-jugend/Grundz_ge_Sprachf__original__2_.pdf [25.09.2008]
- Reich, H. H. (2003). Tests und Sprachstandsmessungen bei Schülern und Schülerinnen, die Deutsch nicht als Muttersprache haben. In: Bredel, U. et al. (Hrsg.), *Didaktik der deutschen Sprache*, Band 2 (S. 914-923). Paderborn: Schöningh.
- Reich, H. H. & Roth, H.-J. (2004). *HAVAS 5. Hamburger Verfahren zur Analyse des Sprachstandes bei 5-jährigen*. Hamburg: Behörde für Bildung und Sport.
- Röhr-Sendmeier, U. M. (1985). *Zweitspracherwerb und Sozialisationsbedingungen*. Frankfurt: Lang.
- Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin (2003). *Berliner Sprachstandserhebung*. Verfügbar unter: http://www.efb-berlin.de/download/baerrenstark2003_web.pdf [25.09.08]
- Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin (2006). *Pressemittteilung*. Verfügbar unter: <http://www.berlin.de/sen/bwf/presse/pressemittteilung/anwendung/pressemittteilung.aspx?presseid=2163> [22.09.2008]
- Tracy, R. & Gawlitzek-Maiwald, I. (2002). Bilingualismus in der frühen Kindheit. In: Grimm, H. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Serie III, Band 3: Sprache* (S. 495-535). Göttingen: Hogrefe.
- Vygotskij, L. S. (2003). Das Problem der Altersstufen. In: Lompscher, J. (Hrsg.), *Lew Vygotskij. Ausgewählte Schriften Band II* (S. 53-90). Berlin: Lehmanns Media.
- Walter, S. (2003). Sprachstandserhebung als Grundlage für gezielte Sprachförderung. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), *Förderung von Migranten und Migrantinnen im Elementar- und Primarbereich* (S. 31-36). Berlin und Bonn.
- Juniorprofessor Dr. Stefan Jeuk, Pädagogische Hochschule, Reuteallee 46, 71634 Ludwigsburg, E-Mail: jeuk@ph-ludwigsburg.de
- Eingereicht am: 20. 10. 2008
Überarbeitung eingereicht am: 20. 01. 2009
Angenommen am (invited paper): 20. 01. 2009

Sabine Bollig, Anja Tervooren

Die Ordnung der Familie als Präventionsressource. Informelle Entwicklungsdiagnostik in Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen am Beispiel kindlicher Fernsehnutzung

The Order of the Family as a Preventive Resource. Informal Developmental Diagnostics in Pediatric and School Entry Check-ups – the Example of Children's Television Viewing

Der Beitrag fokussiert aus kulturanalytischer Perspektive auf die Bedeutung informeller entwicklungsdiagnostischer Verfahren in Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen. An ethnographischem Datenmaterial wird aufgezeigt, wie in der Arzt-Eltern-Kind-Interaktion entwicklungsdiagnostisches Wissen konstruiert wird und welche Effekte für die Profilierung der Früherkennungsaufgabe der Untersuchung damit verbunden sind. Dazu wird die ärztliche Erhebung der Fernsehnutzung der Kinder in den Mittelpunkt gestellt, denn dieses Element ärztlicher Diagnostik eignet sich besonders gut, um familiäre Lebensweisen in den kindermedizinischen Untersuchungen zu repräsentieren, die Erziehungsqualität von Familien zu thematisieren und in spezifischer Weise in die Früherkennungsfunktion der Untersuchungen einzubinden. An der analysierten interaktiven Transformation des Beobachtungs- und auch Bearbeitungsgegenstandes von ‚Kindern‘ zu ‚Kindern und Eltern‘ – und damit zum Generationenverhältnis – wird die Kontextgebundenheit und institutionelle Logik der Hervorbringung entwicklungsdiagnostischen Wissens herausgearbeitet. Daran wird gleichzeitig auch deutlich, wie in frühdiagnostischen Untersuchungen kindlicher Entwicklung gesellschaftliche Erwartungen an das Generationenverhältnis in Familien formiert werden. Schlüsselwörter: Entwicklungsdiagnostik, kindermedizinische Untersuchungen, Fernsehnutzung von Kindern, familiäre Lebensstile, „doing generation“, Ethnographie

The paper focuses on the importance of informal diagnostic procedures in routine paediatric and medical school entry check-ups in Germany from a culture-analytic perspective. In analysing the ethnographic data, the authors demonstrate how diagnostic knowledge is built up in the course of interaction between paediatricians, parents, and children and show which effects related to the preventive function of the examinations are produced thereby. The empirical analysis concentrates on the paediatrician's investigation into the child's habits of watching television. This informal element of diagnosis is specifically suitable to show how paediatricians assess the lifestyle of families, their educational potential as well as the need for prevention. The authors argue that the interactive transformation of the focus of medical observation and treatment from „children“ to „parents and children“ – which means to the relationship between generations – points out the check-ups dependency on the context and the institutional logic in constructing diagnostic knowledge. Fur-

thermore, it is shown in which ways these preventive examinations of development contribute to form societal expectations in the generational relations in families.
Keywords: developmental diagnostics, medical check-ups in children, television viewing, family lifestyles, "doing generation", ethnography

Die Teilnahme von Kindern an entwicklungsbezogenen diagnostischen Maßnahmen hat sich als selbstverständlicher Bestandteil ihres Aufwachsens etabliert. Im Zuge der internationalen Debatte um die Qualität früher Bildung und der frühzeitigen Optimierung kindlicher Entwicklungsverläufe ist der Bedarf an diagnostischem Wissen über Kinder noch gestiegen. Sowohl in pädagogischen als auch in medizinischen Kontexten wurde darauf mit dem Ausbau einer Vielzahl an entwicklungsdiagnostischen Verfahren reagiert.¹ So wird zum Beispiel in Kindertageseinrichtungen der in den länderspezifischen Bildungsplänen festgeschriebenen Aufgabe fortlaufender Entwicklungsbeobachtung mit unterschiedlichen Verfahren nachgekommen. Diese bewegen sich in einem Spannungsfeld von mehr oder weniger standardisierten prozessorientierten Beobachtungsverfahren (Leu, 2008) und normierten Messverfahren (Tietze, 2006). Zudem werden seit 2002 in den einzelnen Bundesländern nach und nach Sprachstandserhebungen bei Kindern im Alter von vier oder fünf Jahren eingeführt und auch in den Grundschulen bereits bei der Schulanmeldung und im Rahmen von „Schnuppertagen“ unterschiedlich formalisierte diagnostische Verfahren eingesetzt (Kammermeyer, 2001). Deren Angemessenheit in Hinblick auf eine kindgemäße Gestaltung des Schulanfangs wird kontrovers diskutiert (Prengel, 2003), wobei die Debatte um geeignete Formen einer pädagogischen Diagnostik – in Abgrenzung zu den als klassifizierend kritisierten Verfahren aus Medizin und Entwicklungspsychologie – auch in den Feldern der Sozial- und Sonderpädagogik zunehmende Aufmerksamkeit erfährt. Häufig wird dabei aus methodischer Perspektive auf die Durchsetzung gesellschaftlicher Normvorstellungen in klassifizierenden Diagnoseverfahren verwiesen und geltend gemacht, das durch standardisierte Verfahren zur Verfügung gestellte (entwicklungs-)diagnostische Wissen sei für eine individuums- und fallbezogene Förderperspektive unbrauchbar (expl. Widersprüche, 2003). Studien hingegen, welche sich den unterschiedlichen entwicklungsdiagnostischen Verfahren in der frühen Kindheit weniger aus der Perspektive konzeptioneller Überlegungen, sondern mit Blick auf ihre Vollzugspraxis widmen und die situierte Konstruktion diagnostischen Wissens und deren praktische Effekte rekonstruieren, stehen weitestgehend noch aus.

Im Hinblick auf dieses Desiderat fokussieren wir im Folgenden auf zwei flächendeckend institutionalisierte Formen der Entwicklungsdiagnostik in der frühen Kindheit, an denen fast alle Kinder in Deutschland teilnehmen und die von Medizinern durchgeführt werden: die Kindervorsorgeuntersuchungen bei Vier- und Fünfjährigen (U8 und U9) und die Einschulungsuntersuchungen. Da

1 Unter entwicklungsdiagnostischen Verfahren fassen wir hier eine Bandbreite unterschiedlichster Methoden, mit denen der Entwicklungsstand von Kindern systematisch erhoben wird, und vernachlässigen dabei die Diskussion um eine Abgrenzung der Begriffe „Diagnostik“, „Screening“ und „Erhebung“ und jene der internen Differenzierung unterschiedlicher Diagnostiken (für einen Überblick Breitenbach, 2003).

die Eltern bzw. ein Elternteil ihre Kinder bei diesen Anlässen medizinischer Diagnostik in aller Regel begleiten, werden entwicklungsbezogene Beurteilungen der Kinder, aber auch handfeste Diagnosen, im Interaktions-Dreieck von Kind, Eltern und Arzt oder Ärztin hervorgebracht. Im Folgenden steht daher die Frage im Vordergrund, wie in der Arzt-Eltern-Kind-Interaktion entwicklungsdiagnostisches Wissen erarbeitet wird und in welcher Weise dabei Ressourcen für die Früherkennungsaufgabe der Untersuchungen erschlossen werden.

Zunächst wird dazu das Feld der medizinischen Entwicklungsdiagnostik am Beispiel der Einschulungs- und Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt, Methodologie und Methoden einer Kulturanalyse der Entwicklungsdiagnostik aufgezeigt und eine analytische Perspektive auf die Spezifität der kindermedizinischen Entwicklungsdiagnostik – die triadische Interaktionsstruktur zwischen Arzt oder Ärztin, Kindern und Eltern – entwickelt. Anschließend werden drei empirische Beispiele, in denen Mediziner nach der Nutzung des Fernsehens durch die Kinder fragen, analysiert.

In den kindermedizinischen Untersuchungen ist der Fernsehkonsum der Kinder der nicht allein ein häufig auftretendes und bedeutungsvolles Thema, sondern in vielen Fällen fester Bestandteil der diagnostischen Verfahren. Das Sprechen über das Fernsehverhalten der Kinder fassen wir deshalb im Folgenden als informellen Bestandteil der Entwicklungsdiagnostik bei Kindern auf. In der empirischen Analyse werden die Interaktionsmuster zwischen Eltern, Kindern und Ärzten zum Fernsehthema herausgearbeitet und die praktischen und diskursiven Effekte aufgezeigt, welche die entwicklungsdiagnostischen Gespräche für Kinder und vor allem für Eltern und Mediziner mit sich führen.

1. Entwicklungsdiagnostische Verfahren in kulturanalytischer Perspektive

1.1 Entwicklungsdiagnostik in kindermedizinischen Untersuchungen

Sowohl in den Kindervorsorge- als auch in den Einschulungsuntersuchungen wurde in den letzten Jahren die Bedeutung der Entwicklungsdiagnostik gegenüber der traditionell vorherrschenden individualmedizinischen und epidemiologischen Funktion aufgewertet (vgl. Kelle, 2008). So stehen in den Schuleingangsuntersuchungen, die als gesetzlich verankerte Pflichtuntersuchungen Teil des Einschulungsverfahrens sind, heute vor allem Fragen der motorischen, sprachlichen und kognitiven Entwicklung im Vordergrund, damit gegebenenfalls frühzeitig schulbezogene Fördermaßnahmen eingeleitet werden können. Zum Teil wird zugunsten aufwändiger Entwicklungs-Screenings sogar auf die gesundheitsbezogene körperliche Untersuchung verzichtet (z.B. in Bayern, vgl. LGL, 2006). Mit dieser Aufwertung der entwicklungsdiagnostischen Funktion gehen Bemühungen um eine Standardisierung der Entwicklungsdiagnostik einher. In einigen Bundesländern wurde in den letzten Jahren deshalb das standardisierte Entwicklungs-Screening S-ENS (Döpfner et al., 2005) zu einem zentralen Bestandteil der Schuleingangsuntersuchung gemacht.

Bei den Kindervorsorgeuntersuchungen, die in den kinderärztlichen Praxen in zehn Einzelterminen von der Geburt bis zum Alter von etwa fünf Jahren durchgeführt werden, zeigt sich ebenfalls eine Aufwertung der „prophylaktischen

Entwicklungsdiagnostik“ (Ettrich, 2000; vgl. auch Heimman, Heubrock, & Petermann, 2005). Zwar liegt der Zweck der Untersuchungen weiterhin in der „Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (G-BA, 2005). Seit 2005 dokumentieren die Kinderärzte im Kinder-Vorsorgeheft jedoch nicht mehr, ob eine Gesundheitsstörung vorliegt oder nicht, sondern befunden mit „ja“ oder „nein“, ob das Kind „altersgemäß entwickelt“ ist (ebd.). Gesetzlich sind jedoch lediglich die Untersuchungszeiträume und die Krankheiten und Störungen, die durch die Früherkennung erfasst werden sollen, festgelegt. Nur in wenigen Fällen, so z.B. für das Neugeborenen-Screening (U1), werden auch spezifische Untersuchungsverfahren vorgegeben. Daher variiert die konkrete Durchführungspraxis stark. Die Praxisteams profilieren in aller Regel eigene entwicklungsdiagnostische Untersuchungsprogramme, die häufig durch standardisierte Kurz-Testverfahren ergänzt werden.

Ein weiteres Merkmal der Entwicklungsdiagnostik in den kindermedizinischen Untersuchungen ist die relativ kurze Untersuchungszeit, die unseren Beobachtungen nach in den unterschiedlichen Arztpraxen bzw. Gesundheitsämtern zwischen 15 und 45 Minuten liegt. In den Schuleingangsuntersuchungen begegnen sich die Beteiligten zudem in aller Regel zum ersten und meistens zum letzten Mal. Die Ärztinnen und Ärzte stehen also vor der Herausforderung, ihre Untersuchungspraxis zeitökonomisch zu profilieren und „die schnellen und ausgeprägten Veränderungen in der frühen Kindheit“ in einer kurzen Untersuchungssituation „zu durchdringen und vergleichend einzuordnen“ (Reuner & Pietz, 2006, S. 305). Bezogen auf die Früherkennungsfunktion der Untersuchungen gilt es zudem nicht nur, einen bestimmten Status für die Zukunft dadurch zu erhalten, dass Risiken oder potentielle Gefahren vermieden werden (Fuchs, 2008), sondern vor allem auch die (körperlichen) Voraussetzungen für die Ausbildung von Kompetenzen zu sichern, die ohnehin erst in der Zukunft entstehen werden, wie z.B. die Voraussetzungen für den Schriftspracherwerb. Daher haben es die Ärzte auch im besonderen Maße mit Fragen der Prognose zu tun: Es gilt, die zu beobachtenden Phänomene auf ihren Risikogehalt für die weitere Entwicklung hin zu bestimmen und gegebenenfalls frühzeitig zu intervenieren. Die Einschulungs- und Kindervorsorgeuntersuchungen zeichnen sich vor dem Hintergrund dieser komplexen Anforderungen durch eine spezifische Profilierung der für die klinische Entwicklungsdiagnostik typischen Pluralität diagnostischer Datenquellen aus. Dabei liefern „informelle, qualitative Beobachtungen“ (Reuner & Pietz, 2006) ebenso wichtige Eindrücke wie standardisierte, normierte Verfahren. Es werden zudem nicht nur die Kinder beobachtet, sondern auch die Bezugspersonen befragt. Der Ausgestaltung der Arzt-Kind-Eltern-Kommunikation, die im Folgenden im Mittelpunkt stehen wird, kommt deshalb auch als diagnostischer Methode eine zentrale Bedeutung für diese Form der Entwicklungsdiagnostik zu (ebd., Baumann, 2007).

1.2 Kulturen der Diagnostik aus kultur- und praxisanalytischer Perspektive

Das Wechselverhältnis zwischen pluralen Datenquellen und interaktiven Praktiken und dessen spezifischer Anteil an der Herstellung der Beobachtungsstatistika „Entwicklung“ sind jedoch kaum erforscht. Zwar liegen aus Medizinsoziologie und Kindheitsforschung historische und diskursanalytische Studien

vor, welche rekonstruieren, wie Kindheit medizinisiert und pathologisiert wurde (z.B. Armstrong, 1983; Bühler-Niederberger, 1991; Foucault, 2003). Die Analyse des praktischen Vollzugs der medizinisch(-pädagogischen) Untersuchungspraxis bleibt dabei jedoch meist eine Leerstelle. Als instruktiv können in diesem Zusammenhang jedoch neuere wissenssoziologisch ansetzende Untersuchungen gelten, welche die Arzt-Patienten-Interaktion nicht mehr lediglich unter der Maßgabe einer asymmetrischen Kommunikation, sondern als situierte Konstruktion medizinischer Tatsachen analysieren (z.B. Hirschauer, 1999; Vogt, 2002). Diese Studien verweisen darauf, dass Diagnosen und Beurteilungen des Entwicklungsstandes nicht einfach an den Körpern der Kinder abgelesen, sondern in einem (auch kommunikativen) Tun hervorgebracht werden, dessen implizite Logik weitgehend im praktischen Wissen und Können der Akteure verankert ist (Hörning, 2004; Bergmann, 2006). Studien, welche medizin-, körper- und kindheitssoziologische Perspektiven verknüpfen (z.B. Place, 2000), liefern zudem anregende Hinweise, um das Zusammenspiel von Praktiken, Orten und Materialien der Diagnostik, in denen Konzeptionen des Kinderkörpers und der kindlichen Entwicklung verhandelt werden, zu analysieren.² Hier gilt es auch gesellschaftliche Diskurse zu berücksichtigen (bspw. Backett-Milburn, 2000), in denen Vorstellungen von angemessener Entwicklung und Erziehung, z.B. zu den Themen „Unruhe“, Sprachkompetenz, Medienkonsum oder Kindesvernachlässigung, in die Untersuchungen hinein spielen. Im Anschluss an diese Forschungsperspektiven liegt der Beitrag unseres ethnographischen Zugangs in der Analyse der praktischen Wissenskulturen der Entwicklungsdiagnostik.

Die triadische Interaktionsstruktur der Untersuchungen wirft zudem Fragen nach der gemeinsamen Konstruktion von normaler und abweichender Entwicklung im Dreieck von Kind, seinen Betreuungspersonen und dem medizinischem Personal auf. Mit diesem Fokus lassen sich Desiderate einer erziehungswissenschaftlichen Kindheitsforschung aufgreifen, welche sich mehr und mehr dem Thema „Generation“ zuwendet. Die Frage nach dem „Doing Generation“ verweist auf die praktische Dimension der „komplexen Menge sozialer (relationaler) Prozesse, durch die einige Personen zu 'Kindern' werden (oder als solche 'konstruiert' werden), während andere zu 'Erwachsenen' werden (oder 'konstruiert' werden)“ (Alanen, 2005, S. 79). Die soziale Konstruktion von Kindheit in den Blick zu nehmen bedeutet entsprechend, die gesellschaftliche Praxis des generationalen Ordners zu beschreiben, die insbesondere in der praktischen Ausgestaltung von Erziehungsordnungen ihre Form findet (Honig, 2002). Da Diagnosen normaler oder gestörter Entwicklung im engen Zusammenhang mit der sozialen Konfigurierung von Kindheit stehen (Kelle & Tervooren, 2008), ist es für die Kulturanalyse der kindermedizinischen Entwicklungsdiagnostik somit viel versprechend, die triadische Interaktionsstruktur der Untersuchungen in generationaler Perspektive zu erschließen. Dies öffnet den Blick dafür, wie in die praktische Feststellung „abweichender“ bzw. „normaler“ Entwicklung Erziehungsaufgaben eingelagert sind und welche Leis-

2 Mit der hier angesprochenen Forschungsrichtung ist zudem eine Öffnung für die materielle Dimension des Sozialen verknüpft, die sowohl auf der Ebene „verkörperter Arbeitspraktiken“ (Bergmann, 2006) als auch in Bezug auf die aktiven wissenskonstitutiven Anteile von Objekten, Technologien und Instrumenten rekonstruiert wird.

tung dies für die entwicklungsdiagnostische Profilierung kindermedizinischer Untersuchungen erbringt.

1.3 Fernsehen in der Kindheit als Gegenstand der Entwicklungsdiagnostik

Beobachtet man die öffentlichen Diskurse um die Erziehungsqualität von Familien, scheint das ‚fernsehguckende Kind‘ dabei in besonderem Maße als Vehikel zu dienen, um veränderte Kindheitsbedingungen vor dem Hintergrund familialer Lebensstile zu diskutieren und eine bestimmte ‚kulturelle Grammatik‘ (Honig, 2002) der familialen Generationenverhältnisse zu formen. Die Häufigkeit, mit der das ‚fernsehguckende Kind‘ in den Schuleingangsuntersuchungen und den Kindervorsorgeuntersuchungen thematisiert wird, spiegelt zudem die Bedeutung wieder, welche der kindlichen Mediennutzung in der entwicklungspsychologischen Forschung zugeschrieben wird. Negative Einflüsse von übermäßigem Fernsehkonsum werden u.a. in Hinblick auf die Sprachentwicklung von Vorschulkindern, den Erwerb von Lese- und Schreibfertigkeiten, allgemeinen Schulleistungen oder die Entwicklung von sozialen Kompetenzen festgestellt (zusammenfassend Mößle, Kleimann & Rehbein, 2007). Allerdings wird in den neueren Studien ein komplexes Verhältnis von Fernsehnutzung und kindlicher Entwicklung beschrieben, das in Bezug auf den negativen Einfluss des Fernsehens von individuellen Voraussetzungen der Kinder, der Qualität der gesendeten Sendungen, aber vor allem auch weiteren Einflussfaktoren in der familialen Umwelt moderiert wird (Clarke & Kurtz-Costes, 1997; Ennemoser et al., 2003). Der Zusammenhang von Aufmerksamkeitsstörungen und übermäßigem Fernsehkonsum wird zudem kontrovers diskutiert. Studien, die kausale Zusammenhänge zwischen der Fernsehnutzung der Kinder und der Herausbildung von ADHS herausarbeiten (bspw. Christakis et al., 2004), werden sowohl in ihren Methoden als auch in Hinblick auf die Interpretation von Zusammenhängen kritisiert (Miller et al., 2007). Neben dieser Kritik an einfachen Zusammenhangsmodellen in Bezug auf die Entstehung von Entwicklungsproblemen bleibt jedoch unbenommen, dass der übermäßige Fernsehkonsum bei Kindern mit Verhaltensproblemen negative Effekte nach sich zieht (ebd., Heimann, Heubrock & Petermann, 2005). Entsprechend greifen auch in der medizinischen Problematisierung der Fernsehnutzung durch Kinder ätiologisch-diagnostische und therapeutische Aspekte ineinander; aus sozialpädiatrischer Perspektive geht es beim Thema Fernsehen daher auch um die ‚Prinzipien der Lebensführung‘ als wichtigste Therapiegrundlage (Straßburg, 2004, S. 1156).

Wie die nachfolgenden Analysen aufzeigen, ist es gerade diese Verknüpfung von ätiologischen, therapeutischen und präventiven Bezügen, welche die Frage nach dem Umgang mit dem Fernsehen als diagnostisches Kriterium so attraktiv macht. Denn in der konkreten Ausgestaltung der Interaktionen zwischen Arzt, Kind und Eltern zeigt sich die Zweckmäßigkeit der Erhebung des Fernsehkonsums besonders daran, dass darüber Erziehungsumwelten qualifiziert und in mehrfacher Weise in die Diagnostik einbezogen werden können. Dies ist u.E. jedoch nicht einer klassifikatorisch-diagnostischen Substanz des Kriteriums ‚Fernsehnutzung‘ geschuldet. Vielmehr gewinnt die Erhebung der Fernsehnutzung ihre diagnostische Funktionalität zu großen Teilen aus ihrer Performanz selbst, welche in der triadischen Interaktionsstruktur der Entwicklungsuntersuchung entfaltet wird.

1.4 Methoden der ethnographischen Analyse

Das empirische Material dieses Beitrags entstammt dem Forschungsprojekt „Kinderkörper in der Praxis“, in dem eine Ethnographie der Prozessierung von Entwicklungsnormen in den beiden kindermedizinischen Untersuchungen erarbeitet wird.³ Dabei werden in einer für die Ethnographie typischen langen Strecke der Datenerhebung Beobachtungsprotokolle, Gesprächsnotizen und Felddokumente aus der Teilnehmenden Beobachtung der Untersuchungen sowie Interviews mit Schulärzten, Kinderärzten und Praxishelferinnen aufeinander bezogen und in einem wechselseitigen Prozess von Datenerhebung und Analyse sukzessiv ausgewertet (Emerson, Fretz & Shaw, 1995).

Grundlage der empirischen Ergebnisse, die hier präsentiert werden, ist die Analyse des Gesamtdatenkorpus der Beobachtungsprotokolle von zum Zeitpunkt der Auswertung 75 Vorsorgeuntersuchungen und 80 Schuleingangsuntersuchungen bei insgesamt 14 verschiedenen Ärzten und Ärztinnen. Der – zumindest auf der Ebene der jeweiligen Arztpraxis – routinisiert-systematische Ablauf der Untersuchungen ermöglichte es, in den Beobachtungsprotokollen sowohl den Verlauf der Untersuchung im Ganzen als auch fokussierte Beobachtungen zu verfolgen. Zudem wurden, soweit vorhanden, die Protokolle um Gesprächstranskripte aus Audioaufnahmen ergänzt. Für die folgende Analyse wurden diejenigen Ausschnitte herangezogen, bei denen der Fernsehkonsum der Kinder thematisiert wurde. Diese wurden (1) in Bezug auf ihre Lokalisierung in der Untersuchungssituation und auf spezifische Interaktionsmuster hin kodiert, sodann (2) kontrastive Protokollausschnitte einer exemplarischen Feinanalyse unterzogen und die daraus entwickelten analytischen Kategorien (3) wiederum am Gesamtdatenmaterial in einer vergleichenden Analyse dimensionalisiert und kontrastiert.⁴ Dabei fokussierten wir auf die Binnenkontrastierung aller kodierten Beobachtungssequenzen und nicht auf die Differenzen zwischen den beiden von uns beobachteten Untersuchungstypen, da sich diese Differenzierungslinie als weniger relevant erwies. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in diesem Beitrag an einzelnen Beispielen, die in den aufgezeigten Interaktionsmustern und deren internen Kontrastierung gleichwohl auf die Analyse des gesamten Materials verweisen.

2. Diagnostik als Ordnung des Kinderkörpers: „Wie viel Fernsehen guckt er denn?“

2.1 Den Kinderkörper platzieren: Entwicklungsphänomene und familialer Entwicklungsraum

Bei zwei Kinderärzten und einem Schularzt unseres Samples gehört die Frage nach den Fernsehgewohnheiten der Kinder zum Standardrepertoire der Eltern-

3 Das Forschungsprojekt wird von der DFG gefördert und unter Leitung von H. Kelle von 2006 – 2010 an der Goethe-Universität Frankfurt durchgeführt. Wir danken unseren Kolleginnen und insbesondere Helga Kelle für die kritische Diskussion früherer Versionen dieses Beitrags.

4 Dabei orientieren wir uns an den entsprechenden Verfahren der Grounded Theory (Strauss, 1998), passen diese jedoch an das eigene Datenmaterial an und entwickeln sie feldspezifisch weiter.

befragung.⁵ Die meisten Ärzte und Ärztinnen thematisieren den Fernsehkonsum erst dann, wenn sie einen Anlass sehen wie etwa Übergewicht, Unruhe oder fehlende Aufmerksamkeit beim Kind und wenn sie diese Phänomene differenzierend einzuordnen suchen, wie im folgenden Beispiel einer Kindervorsorgeuntersuchung (U8) bei dem viereinhalbjährigen Aryan. Dessen Konzentrationsfähigkeit wurde während der Untersuchung bereits mehrfach problematisiert, da er nicht nur an seinen Untersuchungsaufgaben, sondern gleichzeitig immer auch an den Testgeräten, der Praxisausstattung und anderen Details interessiert war. „Er hat die Aufmerksamkeit nicht“, resümierte die Arzthelferin beispielsweise das Scheitern des Sehtests. Zum Abschluss der Untersuchung durch den Arzt wird dieser Befund dann auch als Entwicklungsproblem resümiert:

„Bewegung, Motorik ist völlig normal“, sagt der Arzt zur Mutter gewandt, „alles sehr normal“. Die Mutter nickt, sie wirkt erleichtert und beginnt Aryan wieder anzuziehen. Aber „die Aufmerksamkeit“, das könne schon noch ein Problem werden, meint Dr. Spötz. Jetzt legt sich ein sorgenvoller Blick auf Frau Dandekars Gesicht. Im Kindergarten da werde das „ja akzeptiert“, erklärt ihr der Arzt, aber in der Schule würde Aryan es dann schwer haben. Doch habe er noch zwei Jahre Zeit bis zur Schule, entschärft der Arzt seine Aussage selbst, da könne er sich ja „noch setteln“. Die Mutter stimmt zu und merkt an, dass der Junge zuhause auch nie still sitze.⁶ „Guckt er denn viel Fernsehen?“ will Dr. Spötz wissen. „Nein, nein, er guckt kaum Fernsehen“, erklärt die Mutter ihm. „Höchstens mal zwei Stunden am Tag.“ „Ah ja, der läuft immer so nebenbei?“ fragt der Arzt nach, aber Frau Dandekar erklärt, dass die Kinder meist im Kinderzimmer wären, wo kein Fernseher sei. Aryan spiele dort auch mit Bausteinen. „Aber ich weiß, ich muss etwas Neues kaufen“, seufzt sie. Dr. Spötz greift diese Aussage im weiteren Verlauf des Gesprächs auf, um ihr Tipps für aufmerksamkeitsfördernde Spiel- und Freizeitbeschäftigungen zu geben, wobei er sie gezielt dazu anhält, einmal am Tag für zehn Minuten etwas gemeinsam mit dem Jungen zu basteln oder zu spielen. (Vorsorgeuntersuchung U8 Aryan, Protokoll S.B.)

Für die Positionierung und Thematisierung der Fernsehgewohnheiten von Kindern in kindermedizinischen Untersuchungen kann diese Szene als typisch gelten. Innerhalb kürzester Zeit wird die geringe Aufmerksamkeitsspanne des Jungen, die in der gesamten Untersuchung aufgefallen war, mit dessen Umgang mit dem Fernsehen verknüpft. Der Arzt gibt dazu ein erstes Untersuchungsergebnis bekannt, nimmt jedoch den Bereich der „Aufmerksamkeit“ von der Aussage, alles sei „sehr normal“, gezielt aus. An diese „Problematisierung durch Separierung“ schließt eine ärztliche Prognose an, bei der die Aufmerksamkeit vor allem mit Blick auf die Schule als Problem entworfen wird. Gleichzeitig wird die Zeit bis zur Einschulung aber auch als Entwicklungszeit formuliert, in

5 In Bezug auf die Vorsorgeuntersuchungen wird Fernsehkonsum in unserem Datenkorpus in einzelnen Fällen ab der U6 (im Alter von einem Jahr) und der U7 (2 Jahre) zu einem Thema, im Schwerpunkt jedoch erst ab der U8 (4 Jahre). Hier zeigt sich zudem ein Unterschied darin, dass ab der U8 vom Modus der allgemeinen Empfehlung („Bitte setzen Sie Ihr Kind nicht vor den Fernseher“) auf die konkretisierende Nachfrage („Wie viel guckt er denn?“) umgestellt wird.

6 An dieser Stelle kommt es offensichtlich zu einem Missverständnis zwischen dem Arzt und Mutter, deren Muttersprache nicht Deutsch ist. Sie interpretiert das neue deutsche Wort „setteln“ als „ruhiges Sitzen“.

der das festgestellte Problem noch in den Hintergrund treten kann. Nachdem das Aufmerksamkeitsproblem sachlich und zeitlich eingeordnet ist, fragt Dr. Spötz nach den Fernsehgewohnheiten des Jungen. Diese werden nicht nur durch die sequentielle Abfolge der Befragung mit der Aufmerksamkeitsfrage verbunden, sondern auch dadurch, dass es sich nicht um eine offene Frage handelt. Der Arzt will nicht wissen, ob Aryan überhaupt (oder gern, etc.), sondern ob er „viel guckt“, wobei mit „viel“ implizit bereits ein „Zuviel“ thematisiert wird.

In dieser kurzen Szene wird der Mutter zudem die Multidimensionalität der anamnestischen Befragung deutlich. Mit der einführenden Frage nach der Häufigkeit und Dauer des „Fernguckens“ spricht er die Mutter als Expertin an, die nicht nur den Medienkonsum des Jungen überblickt, sondern diesen auch quantitativ einordnen und qualifizieren kann. Die Aussage der Mutter, ihr Sohn schaue „kaum“ fern, „höchstens mal zwei Stunden“, wird dann jedoch von Dr. Spötz nicht weiter auf der Ebene seiner Einschätzung des Fernsehkonsums des Jungen verfolgt. Vielmehr platziert er mit seiner Nachfrage die Beurteilung der Mutter vor dem Hintergrund eines lebenspraktischen Referenzsystems, den familialen Fernsehgewohnheiten. Wohl erst vor dem Hintergrund, dass in der Familie Dandekar der Fernseher den ganzen Tag läuft, wird für den Arzt plausibel, dass die Mutter die „zwei Stunden am Tag“, die Aryan nach ihren Aussagen schaut, als „kaum“ bewertet. Die Mediennutzung der Familie wird dabei als relevante Umweltbedingung für Arians Entwicklung erhoben, gleichzeitig aber auch die mütterliche Einstellung entlang ihrer eigenen Mediengewohnheiten erklärbar. Frau Dandekar reagiert auf diese Einordnung, indem sie zwischen den Kinder- und den Elternräumen und den damit verbundenen Aktivitäten unterscheidet. Sie beschreibt dazu das „fernsehfreie“ Kinderzimmer als einen Ort des eigenständigen Spiels und macht auch ihre elterliche Verantwortung für ein anregendes Angebot deutlich. Damit verdeutlicht sie zumindest ihren Willen, Arians Alltag anders als mit Fernsehangeboten zu gestalten.

Das Verhalten des Jungen in der Arztpraxis wird dabei vom ärztlichen „horchenden und sprechenden Blick“ (Foucault, 2005, S. 129) vor dem Hintergrund eines zur Darstellung gebrachten Arrangements von familialen Praktiken und kindlicher Entwicklung verortet und damit als diagnostisches Wissen verfügbar. Diese Form der anamnestischen Erhebung zeigt sich entsprechend als Platzierungsstrategie, in der nicht nur Aspekte des Kinderlebens, sondern auch des Familienlebens einer raschen Beurteilung – in diesem Fall wird die Familie offensichtlich als „Vielseher“ eingeordnet – zugänglich gemacht werden.⁷ Eine explizite kausale Zurechnung von Unaufmerksamkeit und Fernsehkonsum braucht für den Fortgang der Untersuchung jedoch nicht etabliert zu werden. Wie das Beispiel zeigt, liegt die „behandlungsorganisatorische Funktion“ (Hirschauer, 1999, S. 175f.) dieses diagnostischen Wissens vielmehr in der Verteilung von Zuständigkeiten für die kindliche Entwicklung, die in der Interak-

7 Anhand weiterer Beobachtungsszenen und Interviewdaten mit Ärzten lässt sich zudem darauf schließen, dass mit dem Fernsehthema auch ein praktischer Schichtindikator erschlossen wird. Wie in den unter 1.3 referierten Forschungsarbeiten zum Medienumgang werden von den Ärzten dabei auch vielfach korrelierende Aspekte in der Untersuchung erarbeitet und in Rechnung gestellt; zu Schichtzuschreibungen als Interaktionsressource in Schule und Medizinsystem vgl. Lareau (2003).

tion implizit mitgeführt und zum Schluss auch von der Mutter aufgerufen wird. Die Interpretation des Kinderkörpers wird darüber mit Anschlussmöglichkeiten an die „Bearbeitung von Auffälligkeiten im Modus der Elternberatung“ (Bollig & Kelle, 2008) ausgestattet. Dass den Eltern – auch in den folgenden Beispielen den Müttern – sehr wohl bewusst ist, dass sie beim Medienthema ebenfalls „Gegenstand der Diagnostik“ sind und es dabei zu Prozessen der vorwegnehmenden Spiegelung entsprechender Normierungen kommt, zeigt sich besonders gut an den elterlichen Strategien, in denen sie gemeinsam mit ihren Kindern diagnostisch relevante Daten erzeugen und validieren.

2.2 Gegenseitige Disziplinierungen: Kinder als Zeugen

Bezüglich des Fernsehkonsums sticht eine Form des ‚Sich-gegenseitig-ins-Spiel-Bringens‘ zwischen Eltern und Kindern hervor, die wir in unserem Datenkorpus fast ausschließlich, dafür aber besonders häufig beim Fernsehthema auffinden. Es handelt sich dabei um Praktiken, in denen die Kinder als Zeugen für elterliche Erziehungsleistungen aufgerufen werden. Im folgenden Beispiel einer Einschulungsuntersuchung wird dies deutlich, als der Arzt den Umgang mit dem Fernsehen im Rahmen seines persönlichen Standardrepertoires zum Abschluss der Untersuchung anspricht.

„Fernsehen halten Sie begrenzt?“, fragt Dr. Jürgens die Mutter des Jungen unvermittelt und wie beiläufig. Sie bestätigt dies sofort und fragt ihren Sohn: „Wie viele Stunden darfst Du Fernsehen gucken?“ Dr. Jürgens schaut leicht skeptisch. Jonas kann mit der Frage wohl nichts Rechtes anfangen. Er blickt etwas ratlos. „Oder sag“, was darfst Du gucken?“ setzt seine Mutter nach. Der Arzt lächelt und fragt freundlich: „Was hast denn gestern geguckt?“ Nun zählt Jonas mindestens vier Sendungen auf. Die Mutter macht ein spaßhaft entsetztes Gesicht. Das war es wohl nicht, was sie wollte. Lachend meint sie zu Jonas: „Ja, aber das war nur gestern. Eigentlich darfst Du zwei Filme gucken.“ Der Arzt nickt ihr zu: „O.K.“ (Schuleingangsuntersuchung Jonas, Protokoll S.B.)

Im Gegensatz zur vorherigen Szene fällt auf, dass der Arzt den Fernsehkonsum des Jungen und eine daraus resultierende Erziehungsaufgabe (und evtl. sogar Erziehungsproblematik) bereits voraussetzt. Er zielt mit seiner ersten Frage nicht auf den Medienkonsum des Kindes selbst ab, sondern unmittelbar auf den angemessenen elterlichen Umgang mit diesem. Indem die Mutter bejaht, reagiert sie zunächst auch auf die darin mitgeführte Erziehungsnorm („begrenzt halten“), fordert dann jedoch ihren Sohn auf, die Erziehungsregel („wie viele Stunden darfst Du ...“) zu benennen und darüber die Einhaltung der Norm zu bezeugen. Vor dem Hintergrund der viel diskutierten, negativ konnotierten Medienkindheit und entsprechenden Aufklärungs- und Erziehungskampagnen lässt sich dies als Reaktion auf eine angenommene missbrauchliche Haltung des Arztes gegenüber den Aussagen der Eltern interpretieren. Das Kind wird als ‚unverdächtiger‘, weil gegenüber der Normativität von Erziehungsdiskursen gleichgültiger Berichterstatte ins Spiel gebracht.⁸

8 Dass die Kinder jedoch nicht so naiv sind und sehr wohl um die Differenz von Erziehungsdiskursen, -regeln und konkreten Praxen wissen, wird allerdings deutlich, wenn sie aus dieser sozial anspruchsvollen Zeugenposition aussteigen, in dem sie nicht antworten bzw. schelmisch absurde Auskünfte wie „96 Stunden am Tag!“ einbringen.

In der Szene geht die Strategie der Mutter, sich ihre Aussage durch den Sohn bestätigen zu lassen, zunächst nicht auf. Erst bringt Jonas die Erziehungsregel zum Fernsehen nicht in das Gespräch ein und dann zählt er zu viele Sendungen auf. Die Verstärkung des Glaubwürdigkeitsgehaltes der eigenen Aussage, wie sie durch das Aufrufen eines Zeugen vollzogen werden soll, scheitert hier – so wirkt es auf den ersten Blick – am Zeugen. Jedoch gelingt es der Mutter, das Scheitern ihrer Strategie als Erziehungsbühne zu nutzen, indem sie Jonas im Weiteren nicht mehr als Zeugen, sondern als Adressaten der Erziehungsregel anspricht. Ihre entwicklungsförderlichen Bemühungen im Umgang mit dem Fernseher werden dabei als klare und transparente Begrenzungsregeln dargestellt, die sie mit ihrem Sohn aktualisiert, indem sie die gestrige Situation als Ausnahme markiert. Dies wird dann auch vom Arzt positiv evaluiert. Jonas bezeugt, betrachtet man den Gesamtverlauf dieser Interaktionssequenz, die elterliche Erziehungspraxis demnach also dadurch, dass er in der Untersuchungssituation zum Anspielpartner einer Erziehungsaufführung wird und somit seinen praktischen Wert als Zeuge entfaltet. Diese Transzendierung der Glaubwürdigkeitsbezeugung gerade durch das Scheitern macht dann auch erklärlich, warum Eltern diese Strategie so häufig einsetzen, auch wenn sie fast immer ‚schief geht‘.

2.3 Die Selbstbeobachtung effektivieren: die Verknüpfung von Eltern und Kindern

Die informelle Erhebung des Fernsehkonsums bietet sich nicht nur an, um Einblicke in Erziehungspraktiken zu erhalten. Sie schafft ebenso einen Anlass, um Generationen *in situ* zu differenzieren und, wie im folgenden Fall, auf dieser Grundlage die jüngere mit der älteren Generation (und umgekehrt) bezogen auf einen spezifischen Anlass zu verknüpfen. Die Frage nach dem Umgang der Kinder mit dem Fernsehen ist dabei in zweifacher Hinsicht geeignet, das Generationenverhältnis zu modellieren: Sie erinnert erstens *pars pro toto* an die moralische Dimension der elterlichen Verantwortung ihren Kindern gegenüber, da die Fernsichtnutzung im öffentlichen, medizinischen und teilweise auch im pädagogischen Diskurs häufig als problematischer Bestandteil des Kinderlebens gerahmt wird. Dabei wird den Bildschirmmedien soviel Verfügungsmacht zugeschrieben, dass den Kindern nicht zugetraut wird, von sich aus einen angemessenen Umgang mit diesen zu entwickeln. Andererseits ermöglicht der Blick der Mediziner auf einen elterlichen Verantwortungsbereich unter vielen, den Anschein aufrecht zu erhalten, dass es nicht das gesamte Erziehungsverhältnis ist, das evaluiert wird. Auch der Umgang mit Diagnosen ist vorsichtig. Der Schularzt Dr. Jürgens vermeidet in der Einschulungsuntersuchung der fünfjährigen Nura geradezu eine Aussage, die als medizinische Diagnose gewertet werden könnte, und spricht alltagsprachlich von „grober Unruhe“.

„Bei Ihrer Tochter ist eine große Unruhe“, eröffnet der Arzt zum Abschluss der Untersuchung das Gespräch. „War das bei Ihnen auch so, als Sie klein waren?“ „Nein, aber beim Papa“, antwortet Nuras Mutter. Ob der Fernseher im Kinderzimmer stehe. Die Frage bejaht die Mutter. „Und das Spielzeug wird nicht genutzt, oder?“ meint der Arzt weiter. „Ja, ganz genau“, bestätigt die Mutter ein wenig empört. Dr. Jürgens sagt jetzt: „Der Fernseher im Kinderzimmer muss raus. Für Kinder ist Fernsehgucken Arbeit. Die nehmen alles so intensiv

in sich auf.“ Auf einmal sagt Nursa: „Ich bin stark“. Sie beginnt, im Raum herumzulaufen. Der Arzt wendet sich an sie und wiederholt, dass zuviel fernsehen nicht gut sei und ein Fernseher genüge. „Ich habe nur einen Fernseher“, entgegnet das Kind. „Der kommt dann in den Keller“, sagt die Mutter. „Oh, nein. Das will ich nicht“, kontert Nursa. Jetzt erinnert Dr. Jürgens noch an die Diphtherieauffrischung vor Schulbeginn. „Habe ich doch gewusst, dass ich eine Spritze kriege“, sagt Nursa. Die Erwachsenen lachen. Als sich die Tür hinter den beiden schließt, kommentiert Herr Jürgens, dass diese Unruhe bei einem hyperaktiven Vater nicht verwunderlich sei. (Schuleingangsuntersuchung Nursa, Protokoll A.T.)

Zunächst sucht Dr. Jürgens nach einer Einordnung des von ihm bei Nursa beobachteten Phänomens „Unruhe“ und schlägt eine familiäre Tradierungslinie vor. Ohne Irritation teilt Nursas Mutter diese Einschätzung, lenkt allerdings die ärztliche Aufmerksamkeit weg von ihrer Person auf ihren Ehemann.⁹ Nachdem ein Konsens über die Unruhe des Kindes hergestellt ist, kommt Dr. Jürgens ohne Umschweife auf den Umgang mit dem Fernseher und sagt ohne zu fragen voraus, dieses Medium stehe im Kinderzimmer. Als die Mutter dies bestätigt, formuliert er eine Hypothese hinsichtlich der Folgen dieses Umstandes: Nursa lasse sich durch ihr Spielzeug nicht mehr zum freien Spiel anregen, so vermutet er. Die Mutter folgt seiner Beweisführung und zeigt sogar eine leichte Empörung, wenn es um das fehlende Interesse der Tochter an dem Spielzeug geht. Ohne die Mutter weiter befragen zu müssen, deckt er die häuslichen Medien- und Spielgewohnheiten und einen engen Zusammenhang zwischen beiden auf, wobei das kindliche Spiel von den Erwachsenen unbestritten als wertvollere Beschäftigung gerahmt wird. Auf diese Weise kann Dr. Jürgens in kürzester Zeit – ohne das Kind zu kennen – den Fernseher und dessen Standort im Kinderzimmer als Ursache der kindlichen Unruhe vorführen.

Nachdem der Arzt sich so als medizinischer und vor allem pädagogischer Spezialist erwiesen hat, nutzt er die aufgebaute Autorität für eine Intervention und vertieft die Differenzierung zwischen ihm als Arzt und der Mutter als Laiin. Er konstatiert kurz und knapp, dass dem Fernsehen im Kinderzimmer ein Ende gemacht werden müsse und führt dazu die besondere Konstitution der Kinder ins Feld: Fernsehen sei für diese – und dabei impliziert er eine grundlegende Differenz zu den Erwachsenen – das Gegenteil von Entspannung. Der Begriff „Arbeit“, den Dr. Jürgens verwendet, wird dabei zur kalkulierten Provokation: Gemäß der modernen Auffassung von Kindheit in industrialisierten Ländern konstituiert sich Kindheit durch die Freisetzung von Arbeit im Sinne eines pädagogischen Moratoriums. Eltern, so vermittelt es der Kinderarzt dieser Mutter, entziehen ihren Kindern mit der Erlaubnis, soviel fernzusehen, diesen Schutzraum und muten ihnen etwas zu, das erst das Erwachsenenleben kennzeichnen sollte. Die besondere Konstitution von Kindern, so die weitere Implikation, übertrage den Eltern die Aufgabe, ihre Kinder vor der Versuchung des häufigen Fernsehens zu schützen.

9 An diesem Beispiel wird zudem der Wechsel zwischen unterschiedlichen Sprachrepertoires deutlich, denn erst als Mutter und Kind den Raum verlassen haben, wechselt der Schularzt das Register und spricht der teilnehmenden Beobachterin gegenüber von der „Hyperaktivität“ des Vaters.

Die Mutter entgegnet nichts, stattdessen greift ihre Tochter den Faden auf und dementiert aufgebracht diesen Entwurf der Eltern-Kind-Beziehung. Sie entwirft sich selbst als konkretes Gegenbeispiel zu dem Topos des zu beschützenden Kindes („ich bin stark“) und erlangt so Dr. Jürgens Aufmerksamkeit, der aber lediglich zu ihr gewandt feststellt, dass zu häufige Fernsehnutzung schlecht nicht gut sei und ein Apparat genüge. Nursa greift dieses Argument im Wortsinn auf und bezieht es auf ihre Person: Sie habe ja auch nur einen Fernseher. Der Schularzt dagegen konzipiert in seiner Argumentation einen Sozialraum „Familie“, in dem das Bildschirmmedium im gemeinsamen Wohnraum von allen Mitgliedern der Familie genutzt werden könne. Der Arzt entwirft das Bild eines intergenerationalen Familiengefüges, während das Kind eine exklusive Wechselbeziehung zwischen sich und dem Medium beschreibt. Eben an dieser Stelle hakt ihre Mutter ein und konstatiert, dass das Fernsehgerät weggeräumt werden wird. Die Mutter schließt sich auch im Weiteren Dr. Jürgens Position an und demonstriert, dass sie gewillt ist, dieses Vorgehen ihrer Tochter gegenüber durchzusetzen. Damit unterstreicht die Mutter nicht nur die eben hervorgehobene Generationendifferenzierung, sondern verweist darauf, dass sie bereit ist, die Selbstbeobachtung der Familie zu effektivieren: Sie willigt ein, einen Raum herzustellen, in dem ihr Kind beim Fernsehen unter Beobachtung steht und umgekehrt die ältere Generation auch von der jüngeren beobachtet werden kann.

An diesen Prozessen der (Re-)Konstruktion des familiären Raums in Praktiken der Entwicklungsdiagnostik arbeiten Kinder und Erwachsene aktiv mit, denn charakteristisch für das Thema „Fernsehen“ ist seine diskursive Komponente, die es ermöglicht, das Thema ohne weitere Erläuterung seines Gefährdungspotentials in Bezug auf das sich entwickelnde Kind in Anspruch zu nehmen. Die empirischen Beispiele zeigen auf, dass diese Praxis ‚funktioniert‘, weil die Ärzte und Ärztinnen mit dem Thema Fernsehen fast immer etwas aufrufen, was die Eltern bereits wissen. Als Reizwort innerhalb eines als geteilt unterstellten Gefährdungsdiskurses muss der Fernsehkonsum der Kinder nur ‚angeklopft‘ werden, um zu signalisieren, dass das Verhalten der Eltern überprüft werde. In dem Sinne zeigt sich die spezifische Kultur der Entwicklungsdiagnostik in beiden kindermedizinischen Untersuchungsformen auch als Praxis der Wiederholung diskursiver Figuren, deren praktischer Wert unter dem Vorzeichen einer Abkürzungsstrategie gelesen werden muss. Unter zeitlichen, aber auch sozialen Gesichtspunkten ist diese Abkürzung durch Antippen eines Diskurses ausgesprochen ökonomisch, da es nicht zu umschweifenden ausschweifenden Erklärungen oder Konflikten kommt und rasch eine Aktualisierung der Verteilung von Zuständigkeiten realisiert werden kann.¹⁰

10 Die Selbstverständlichkeit, mit der Anforderungen an die elterliche Erziehungspraxis gestellt werden und auch von den Eltern selbst in Umlauf gebracht werden, fällt in der Gegenprobe vor allem im Umgang der Medizinerinnen oder Mediziner mit Personen auf, denen eine gemeinsame Diskurswelt nicht unterstellt wird. In unserem Datenmaterial gehören zu dieser Gruppe vor allem kürzlich immigrierte Familien aus dem nicht-europäischen Ausland, denen explizite Erklärungen zum Zusammenhang zwischen Fernsehen und Unruhe gegeben werden.

3. Familien unter Beobachtung und Bearbeitung. „Doing generation“ in der Entwicklungsdiagnostik

Eine analytische Ethnographie arbeitet die institutionelle Logik entwicklungsdiagnostischer Verfahren heraus, wie sie sich in der konkreten Durchführungspraxis entfaltet; diese weist über den unmittelbaren, im Feld formulierten Nutzen – die Feststellung grundlegender Fähigkeiten der untersuchten Kinder im sozialen, emotionalen, kognitiven, sprachlichen und motorischen Bereich – hinaus. Die exemplarische Analyse eines informellen Verfahrens in präventiv-medizinischen Untersuchungen von Kindern hat gezeigt, wie die beteiligten Parteien einen Überschuss an Bedeutung erarbeiten, dessen Effekte sich weniger an den Kindern, als an den Eltern und den Mediziner*innen zeigen: Ersteren werden Angebote gemacht, ihre Elternrolle zu intensivieren und letztere können auf diese Weise die Grenzen ihrer eigenen Einflussmöglichkeiten markieren.

Die Familie und ihre Praktiken des „doing generation“ werden somit auf zwei Bühnen als Beobachtungsgegenstand konstituiert: zum einen in der medizinischen Untersuchung selbst und zum anderen am aktuellen wie auch zukünftigen Ort ihres familialen Lebens. Die Notwendigkeit zur ständigen Beobachtung der Familie durch die Familie wird dabei in der Gegenwart und für die Zukunft plausibel gemacht. Die in die Untersuchungssituation eingeschlossene ärztliche Beratung zielt dabei auf die Transformation von Erziehungspraktiken – in diesem Beispiel auf eine den Kindern angemessene, von den Eltern kontrollierte Fernsehnutzung – und stellt einen Ort bereit, um diese Transformation einzutüben und die Generationendifferenzierung gegebenenfalls (neu) auszuhandeln.

In der Performanz der informellen Erhebung des Fernsehkonsums zeigt sich entsprechend unter der Perspektive des generationalen Ordners eine mehrfache Erarbeitung von „generationalen Räumen“, in denen das Kind platziert und Eltern und Kinder aufeinander bezogen werden. Eltern und Kinder werden darüber nicht nur zum Gegenstand der Beobachtung, sondern auch der Bearbeitung. Dies verweist auf die frühdiagnostische Funktion der beiden kindermedizinischen Untersuchungen. Denn wenn es auch zunächst das erklärte Ziel medizinischer Diagnostik ist, mögliche medizinische oder therapeutische Behandlungsschritte zu bestimmen, zeigen die vorgestellten Beispiele, wie die Kinder- und Schulärzte mit der Aufforderung umgehen, medizinisch-pädagogische Optimierungsansprüche an die kindliche Entwicklung auch im Hinblick auf ihre nicht-medizinischen Voraussetzungen zu bearbeiten, indem sie den Fokus der ärztlichen Beobachtung von den Kindern hin zum generationalen Verhältnis von Eltern und Kindern verschieben. Die Praxis der Entwicklungsdiagnostik in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen zeigt sich dabei als Kultur der (medizinischen) Selbstbegrenzung, die neue Einflussmöglichkeiten generiert, indem sie bereits in der diagnostischen Modellierung des Kinderkörpers Zuständigkeiten für dessen Entwicklung repräsentiert. Die besondere Funktionalität dieser Selbstbegrenzung liegt in der nur auf den ersten Blick paradoxen Leistung, die Reichweite der vorsorgenden Diagnostik auszuweiten, indem sie die ärztliche Zuständigkeit beschränkt. Diese „eröffnende Begrenzung“ wird über die Verortung des Kinderkörpers als sich entwickelndem im ‚Familienkörper‘ erreicht. Auf diese Weise wird nicht nur der

Zugang zu den „Prinzipien der Lebensführung“ (Straßburg 2004) und der elterlichen Erziehung eröffnet, sondern auch eine Transformation des Beobachtungsgegenstandes erreicht.

An der Evaluation des Generationenverhältnisses sind Eltern, Kinder und Ärzt*innen gleichermaßen beteiligt. So ruft bereits lediglich das Antippen des Themas „Fernsehen“ in den Untersuchungen nicht nur die elterlichen Konzepte über die angemessene Fernsicht ihrer Kinder auf, sondern auch die tatsächlichen Praktiken, die von den elterlichen Vorträgen abweichen. Gerade an dieser Differenz zwischen Konzept und Überschreitung lässt sich jedoch die alltägliche Konstitution des Generationenverhältnisses zwischen Eltern und Kindern in die medizinische Beobachtungspraxis einbinden. Das entwicklungspsychologische Wissen, das den Hintergrund für die Verhandlungen zwischen Ärzten und Eltern bildet, wird dabei nicht expliziert. Vielmehr kommt es in dem sehr begrenzten Untersuchungszeitraum zu einer Verschmelzung dieses Wissens mit öffentlichen Diskursen, deren Wirkung nicht unbedingt ihrer fachlichen Fundierung, sondern eher ihrer öffentlichen Skandalisierung geschuldet ist.

Dass die diagnostische Verteilung von Verantwortlichkeiten für die kindliche Entwicklung jedoch nur eine momentane Übereinkunft ist und diese im Alltagsgeschehen nicht unbedingt realisiert werden wird, wissen sowohl Ärzte und Ärztinnen als auch die Eltern. Auf diese Weise profilieren sie die besondere Qualität von Erziehung gegenüber der von Diagnostik: Während Diagnostik einen speziellen Zeitpunkt im Kinderleben erhebt – und das bezieht sich sowohl auf die „Tagesform“ als auch auf den aktuellen Stand der grundlegenden Fähigkeiten – ist die familiäre Erziehung eine dauerhafte Aufgabe, die alle Lebensbereiche von Kindern und Eltern umfasst. Das „doing generation“ in den medizinischen Untersuchungen besteht jedoch nicht zuletzt darin, dass Entwicklungsnormen in der medizinischen Diagnostik selbst in Erziehungsnormen transformiert und somit aktualisiert werden. Insofern sind die Früherkennungsuntersuchungen als Element der „sozialen Logik der Hervorbringung von Kindheit“ (Honig, 2002) zu verstehen, da sie an der diskursiven Dynamisierung des Generationenverhältnisses mitwirken.

Die hier vorgestellte ethnographische Analyse eines Ausschnittes bestimmter entwicklungsdiagnostischer Verfahren hebt die interaktive Dynamik und Kontextualität der situativen Herstellung entwicklungsdiagnostischen Wissens am Beispiel eines informellen Verfahrens in der (präventiv-) medizinischen Entwicklungsdiagnostik hervor. Im Hinblick auf den fortlaufenden Ausbau diagnostischer Verfahren in der frühen Kindheit wird die Leistung weiterer kulturalistischen Beobachtungen in der Aufklärung über die materiale und interaktive Konstruktion entwicklungsdiagnostischen Wissens in je verschiedenen Verfahren und Praxisfeldern liegen. Unsere Forschungsarbeit wirft zudem die Frage auf, ob und wenn ja wie sich auch in anderen entwicklungsdiagnostischen Praktiken Formen der (Selbst-)Begrenzung – im Sinne eines wissenschaftlichen Umgangs mit gestiegenen Optimierungsansprüchen an kindliche Entwicklungsprozesse – analysieren lassen. Von einer Vertiefung und Ausdifferenzierung dieses Forschungsfokus sind entsprechend Einsichten in die professionelle, praktische und performative Konstitution von Kindheit in den Kulturen der Entwicklungsdiagnostik zu erwarten.

Literatur

- Armstrong, D. (1983). *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baumann, Th. (2007). *Atlas der Entwicklungsdiagnostik. Vorsorgeuntersuchungen von U1 bis U10/J1* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Backett-Milburn, K. (2000). Children, parents and the construction of the 'healthy body' in middle-class families. In Prout, A. (Hrsg.), *The Body, Childhood and Society* (S. 79-100). London: Macmillan.
- Bergmann, J. (2006). „Studies of Work“. In R. Ayaß & J. Bergmann (Hrsg.), *Qualitative Methoden der Medienforschung* (S. 391-405). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Breitenbach, E. (2003). *Förderdiagnostik. Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die Praxis*. Würzburg: edition bentheim.
- Bühler-Niederberger, D. (1991). *Legasthenie. Geschichte und Folgen einer Pathologisierung*. Weinheim: Leske + Budrich.
- Christakis, D.A., et al. (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics*, 113, 708-713.
- Clarke, A.T. & Kurtz-Costes, B. (1997). Television viewing, educational quality of the home environment, and school readiness. *Journal of educational research*, 90, 5, 279-285.
- Döpfner, M., Dietmaier, I., Mersmann, H., Simon, K. & Trost-Brinkhues, G. (2005). *SENS. Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen. Theoretische und Statistische Grundlagen*. Göttingen: Hogrefe.
- Emerson, R.M., Fretz, R. & Shaw, L. (1995). *Writing ethnographic fieldnotes*. Chicago: University Press.
- Ennemoser, M., Schiffer, K., Reinsch, C. & Schneider, W. (2003). Fernsehkonsum und die Entwicklung von Sprach- und Lesekompetenzen im frühen Grundschulalter: Eine empirische Überprüfung der SÖS-Mainstreaming-Hypothese. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 35, 12-26.
- Ettlich, K.-U. (2000). *Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter: Grundlagen, Verfahren, Neuentwicklungen, Screenings*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Foucault, M. (2003). *Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France (1974-1975)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2005). *Die Geburt der Klinik*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Fuchs, P. (2008). Prävention – Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuverlässigkeit. In I. Saake & W. Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin* (S. 363-378). Wiesbaden: VS Verlag.
- G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss (2005). *Kinder-Untersuchungsheft*. Stand Oktober 2005.
- Heimann, K., Heubrock, D. & Petermann, F. (2005). Diagnostik von Entwicklungsauffälligkeiten im Kindergartenalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 153, 871-877.
- Hirschauer, S. (1999, 2. Aufl.). *Die soziale Konstruktion der Transsexualität*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Honig, M.-S. (2002). Konzeptuelle Emanzipation. Systematische Probleme der Kindheitssoziologie. In H. Uhlendorff, H. Oswald, M. Azmitia & L. Krappmann (Hrsg.), *Wege zum Selbst: Soziale Herausforderungen für Kinder und Jugendliche*. (S. 13-36). Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Hörning, K.H. (2004). „Kultur als Praxis“. In F. Jaeger & B. Liebsch (Hrsg.), *Handbuch der Kulturwissenschaften, Bd. I: Grundlagen und Schlüsselbegriffe* (S. 139-151). Stuttgart: Metzler.
- Kammermeyer, G. (2001) Schuleingangsdiagnostik. In G. Faust-Siehl & A. Speck-Hamdan (Hrsg.), *Schulanfang ohne Umwege* (S. 119-143). Frankfurt: Arbeitskreis Grundschule.
- Kelle, H. & Tervooren, A. (2008) (Hrsg.). *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung*. Weinheim: Juventa.

- Lareau, A. (2003). *Unequal Childhoods. Class, Race, and Family Life*. Berkeley: University of California Press.
- Leu, H.-R. (2008). Beobachtung in Bildungs- und Lernprozessen der frühpädagogischen Praxis. In W. Thole, H.-G. Rossbach, M. Fölling-Albers & R. Tippelt (Hrsg.), *Bildung in der frühen Kindheit in Wissenschaft und Lehre* (S.165-179). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- LGL: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2006): *Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2004/2005*. Eigenverlag.
- Mölle, T., Kleimann, M. & Rehbein, F. (2007). *Bildschirmmedien im Alltag von Kindern und Jugendlichen*. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Miller, C.J. et al. (2007). Brief Report: Television Viewing and Risk for Attention Problems in Preschool Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 4, 448-452.
- Prenzel, A. (2003): Kinder akzeptieren, diagnostizieren, etikettieren? Kulturen- und Leistungsvielfalt im Bildungswesen. In B. Warzecha (Hrsg.): *Heterogenität macht Schule* (S. 27-40). Münster: Waxmann.
- Place, B. (2000). Constructing the Bodies of Ill Children in the Intensive Care Unit. In Prout, A. (Hrsg.), *The Body, Childhood and Society* (S. 172-194). London: Macmillan.
- Reuner, G. & Pietz, J. (2006). Entwicklungsdiagnostik im Säuglings- und Kleinkindalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 154, 305-313.
- Straßburg, H. M. (2004, 2. Aufl.). Epidemiologie und Sozialpädiatrie: Therapiemethoden. In Ch. Speer & M. Gahr (Hrsg.), *Pädiatrie* (S. 1156-1158), Berlin: Springer.
- Strauss, A. L. (1998, 2. Aufl.). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Fink.
- Tietze, W. (2006). Frühpädagogische Evaluations- und Erfassungsinstrumente. In: L. Fried & S. Roux (Hrsg.), *Pädagogik der frühen Kindheit. Handbuch und Nachschlagewerk*. Weinheim & Basel: Beltz, 243-253.
- Vogd, W. (2002). Die Bedeutung von „Rahmen“ (frames) für die Arzt-Patient-Interaktion. Eine Studie zur ärztlichen Herstellung von dem „was der Fall ist“ im gewöhnlichen Krankenhausalltag. *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBS)*, 2, 321-346.
- Widersprüche (2003). Themenschwerpunkt: Neo-Diagnostik – Modernisierung klinischer Professionalität. *Widersprüche – Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*, Heft 88.

Sabine Bollig, Goethe-Universität Frankfurt, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Institut für Pädagogik der Elementar- und Primarstufe (Fach 113), Senckenberganlage 15-17, 60054 Frankfurt am Main, E-mail: Bollig@em.uni-frankfurt.de

JunProf. Dr. Anja Tervooren, Universität Hamburg, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Sektion 1: Allgemeine, Interkulturelle und International vergleichende Erziehungswissenschaft, Von-Melle-Park 8, 20146 Hamburg, E-mail: Tervooren@erzwiss.uni-hamburg.de

Eingereicht am: 14. 11. 2008
Überarbeitung eingereicht am: 16. 01. 2009
Angenommen am (invited paper): 16. 01. 2009

Anmerkung zum Text

Bollig, Sabine (2010): Die Eigenzeiten der Entwicklung(sdiagnostik). In Kelle, Helga (Hrsg.), *Kinder unter Beobachtung* (S. 95-132). Opladen: Barbara Budrich Verlag

Das dieser Publikation anhängende Literaturverzeichnis

bezieht sich auf den gesamten Sammelband, in dem der Text erschienen ist.

Sabine Bollig

Die Eigenzeiten der Entwicklung(sdiagnostik)

1. Praktizierte Zeitordnungen und die ‚einheimischen‘ Entwicklungsbegriffe der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen

Die international zu beobachtende Ausweitung früherkennender und -fördernder Maßnahmen im Kindesalter ist von einer breiten Diskussion um die angemessene Erfassung von Entwicklungsprozessen begleitet (für einen Überblick Kelle 2009b). Dabei spielt auch die Frage nach der spezifischen Zeitlichkeit von Entwicklungsprozessen eine Rolle. Insbesondere in Bezug auf die vermehrt eingesetzten Entwicklungstests und -screenings wird diskutiert, ob Entwicklungsprozesse mittels einer punktuellen Ermittlung des Entwicklungsstatus überhaupt angemessen zu erfassen seien, oder ob Entwicklung als Prozess nicht auch eine zeitlich gestreckte Beobachtungstätigkeit erfordere. Kritisch wird gegen statusbezogene Tests eingewandt, dass diese die individuelle Variabilität von Entwicklungsprozessen nicht erfassen könnten, denn Entwicklungstests, so Reuner und Pietz (2006: 306), müssten von einem regelhaften, nicht umkehrbaren Ablauf von Entwicklungsschritten ausgehen, um überhaupt valide messen zu können. Diese methodische Konstruktion von Entwicklungsprozessen würde jedoch neueren Ansätzen der Entwicklungspsychologie/-pädiatrie nicht gerecht, die mittels empirischer Langzeitstudien nachweisen, dass gerade Variabilität „als besonders verlässliches Charakteristikum der kindlichen normalen Entwicklung“ (Michaelis/Niemann 1999: 47) zu gelten habe. Normale Entwicklungsprozesse seien von varianten Abfolgen, individuellem Tempo, kurzfristigen Rückschritten und inkonsistenten Verläufen geprägt; daher dürften entwicklungsdiagnostische Verfahren nicht lediglich prüfen, ob altersbasierte Entwicklungsnormen erfüllt werden. Sie müssten sich auch methodisch an der Individualität, Variabilität und Inkonsistenz normaler Entwicklungsverläufe orientieren¹.

Da in der an variablen Verläufen orientierten Entwicklungsdiagnostik individuelle Ausprägungen primär über zeitliche Begriffe (vorher/nachher/gleichzeitig, schnell/langsam, kontinuierlich/diskontinuierlich, sukzessiv/regressiv) gefasst werden, geraten nicht nur statische Entwicklungsmodelle, sondern auch die ihnen zugrunde liegenden Auffassungen von Zeit in die Kritik (Koops 2005; Flammer 2005). So fordert Seitz (2004), dass eine indi-

¹ Vgl. für einen Überblick über Entwicklungsmodelle in Pädiatrie und klinischer Kinderpsychologie Ettrich (2000) und Michaelis (2004).

viduell orientierte Entwicklungsdiagnostik auf konstruktivistische Zeitkonzepte – wie zum Beispiel von Maturana (1997) vorgeschlagen – umzustellen habe. Erst dadurch sei Entwicklung nicht mehr als der übliche, geradlinig „von unten nach oben verlaufende Prozess“ zu verstehen, sondern „als eine mehrdimensionale Struktur mit zeitlichen Zuspitzungen, Pausen und Beschleunigungen“ (Seitz 2004: 157). Eine „entwicklungslogische Diagnostik und Didaktik“ (ebd. in Anlehnung an Feuser 1989) nehme daher ihren Ausgang in der Vielfalt von „interpersonellen Entwicklungszeiten“ (ebd.), die mittels eines solchen nicht-linearen Zeitbegriffs sichtbar werde.

Diesem hier knapp skizzierten Zusammenhang von Zeitkonzepten, Entwicklungsmodellen und -normen ist auch der folgende Beitrag gewidmet. Allerdings folgt er nicht der in den aufgezeigten Positionen mitgeführten Vorstellung, dass es kognitive Konzeptionen von Zeit oder Entwicklung sind, welche entwicklungsdiagnostische Prozeduren maßgeblich anleiten. Vielmehr wird aus kultur- und praxisanalytischer Perspektive davon ausgegangen, dass die entwicklungsdiagnostische Praxis ihre Beurteilungsressourcen weit mehr aus den *Darstellungen von Entwicklung* selbst bezieht, wie sie in den konkreten Praktiken der Entwicklungsdiagnostik *in situ* realisiert werden. Reuner und Pietz (2006) weisen mit der oben genannten Kritik an Entwicklungstests bereits daraufhin, dass entwicklungsdiagnostischen Methoden bestimmte Konstruktionen ihres Gegenstandes inhärent sind: Sie messen nicht nur Entwicklungsleistungen, sondern sie modellieren diese in einer bestimmten Weise, um sie überhaupt erfassen zu können. Dies trifft auch auf Tests und Screenings zu, die in den Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen eingesetzt werden. Jedoch werden diese nicht einfach angewandt, sondern in sehr spezifischer Weise für den lokalen Kontext brauchbar gemacht (Bollig 2008b; Stoklas/Schweda i.d.B.). Zudem wird entwicklungsdiagnostisches Wissen in den Kinderuntersuchungen vor allem über informelle Methoden und Routinen des medizinischen Personals erarbeitet. Entsprechend ist die Einsicht in die Gegenstandskonstruktivität von Entwicklungstests auch auf die gesamte Praxis der Entwicklungsdiagnostik auszuweiten. Dann stellt sich die Frage, *welche* praktischen Konzepte von Zeit und Entwicklung *wie* in entwicklungsdiagnostische Praktiken eingelagert sind, oder anders formuliert: wie entwicklungsdiagnostische Praktiken ihr „Wissensobjekt“² formen.

Analytisch lässt sich mit einem solchen Blick auf die Verwobenheit der Praktiken der Entwicklungsdiagnostik mit ihrem Gegenstand das Verhältnis von Ursache und Wirkung umdrehen: Medizinische Beobachtungen der Ent-

2 Die Begriffe „Wissensobjekte“ oder auch „epistemische Objekte“ bezeichnen mit Rheinberger (1997) und Knorr Cetina (2002) diejenigen Objekte, denen in Forschungskontexten die Wissensanstrengungen der beteiligten Akteure gelten und die in lokalen Praktiken zur Darstellung gebracht werden; vgl. für eine ähnliche praxisanalytische Zugangsweise in körpersoziologischer Perspektive Mol (2007) und Länger (2002).

wicklungsprozesse von Kindern folgen nicht der Eigenzeitlichkeit der körperlichen, kognitiven und sozialen Entwicklung des Kindes (oder verfehlen sie), vielmehr bringen die entwicklungsdiagnostischen Praktiken diese Eigenzeitlichkeit erst als soziale Tatsache hervor. Dieser praxisanalytischen Wendung folgend ist dem vorliegenden Beitrag ein Begriff von Entwicklung zugrunde gelegt, der Entwicklung *nicht* als ein von den Orten ihrer Beobachtung und Bearbeitung unabhängiges Wesensmerkmal von Kindern konzipiert, sondern als eine sozio-materiale Realität, die in den lokalen Praktiken der Entwicklungsdiagnostik situativ entfaltet wird. Insofern also Entwicklung in konkreten Situationen nur ‚real‘ ist, als sie Teil von Praktiken – zum Beispiel der Beobachtung – ist, gilt es, diese situative Hervorbringung von Entwicklungsphänomenen in ihrem ‚Praktiziert-Werden‘ zu rekonstruieren. Entsprechend verfolgt die hier vorgelegte ethnografische Studie³ das Ziel, die praktizierten ‚einheimischen‘ Entwicklungsbegriffe der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen in ihrem lokalen Kontext zu erschließen –, „never isolate these from the practices in which they are, what one may call, *enacted*. She [the ethnographer, SB] stubbornly takes notice of the techniques that make things visible, audible, tangible, knowable.” (Mol 2007: 33)

Dazu wird in einem ersten Schritt in Konzepte und Methoden der ethnografischen Untersuchung eingeführt (1) und anschließend das spezielle Zeitproblem herausgearbeitet, das sich in den Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen in der Spannung von risikosensibler Früherkennung und individualisierender Entwicklungsdiagnostik aufbaut (2). Ausgehend von einem Beispiel aus einer Vorsorgeuntersuchung wird aufgezeigt, in welchen Zeitdimensionen und mittels welcher Zeitpraktiken in der Durchführung der Untersuchungen Entwicklungsphänomene dargestellt und praktische Entwicklungsnormen (re)produziert werden (3). Wie in den praktizierten Zeitordnungen der beiden Untersuchungsformen die Spannung zwischen normorientierter Früherkennung und individualisierender Beurteilung bearbeitet wird, zeigt eine vergleichende Analyse der zeitlichen Formierung der Untersuchungsprogramme von Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen auf (4). Abschließend wird skizziert, in welcher Weise die auf dieser Ebene relevanten und praktizierten Alters- und Entwicklungskonzepte auf die ‚einheimischen‘ Entwicklungskonzepte von Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen verweisen (5).

3 Zur Einführung in die praxisanalytische Untersuchungsanlage, die Methoden und den Forschungsprozess vgl. Kelle (i.d.B., Methodologie).

2. Sensibilisierende Konzepte und Methoden

Mit dem zugrunde gelegten praxisanalytischen Entwicklungsbegriff kann an Studien zum „hybriden Kinderkörper“ (Prout 2003) angeschlossen werden, welche die heterogenen Netzwerke analysieren, in denen Kinderkörper im Zusammenspiel von Symbolischem und Materiellem – also durch Technologien, Artefakte, Diskurse und ihre Materialität – als soziale Tatsache konstituiert werden (z.B. Place 2000). Für entwicklungsdiagnostische Prozeduren und ihre praktizierten Zeitordnungen ist eine solche Perspektive jedoch bislang nur wenig fruchtbar gemacht worden. Dieses Desiderat steht im Zusammenhang mit der mangelnden Aufmerksamkeit, welche ‚Entwicklung‘ als empirisches Phänomen bisher in der sozialwissenschaftlichen Kindheitsforschung erfahren hat (vgl. Woodhead 2008; Kelle 2009a).

Die wenigen vorliegenden Studien nehmen dabei vor allem die soziale Konstruktion von Entwicklung in pädagogischen Institutionen in den Blick. Es wird aus peerkultureller Perspektive die Bedeutung von Entwicklungsdiskursen für die Gleichaltrigenkultur in Schulen (Kelle 2001a; Tervooren 2006) hervorgehoben bzw. aus der Perspektive eines „doing generation“ (Alanen 2005) nach der interaktiven Ko-Konstruktion von Entwicklungsaufgaben in Kindertageseinrichtungen gefragt (Jung 2009). Diese Studien rekonstruieren „development as social action“ (Hållden 2005), indem sie aufzeigen, wie lokale Entwicklungsrepräsentationen praktiziert und in den jeweiligen Kontexten bedeutsam werden. Allerdings stehen Praktiken der *professionellen Beobachtung* von Entwicklungsprozessen nicht im Vordergrund. Diese sind hingegen Teil der ethnografischen Studie von Kontopodis (2007a, 2007b), in der er aus zeittheoretischer Perspektive analysiert, mithilfe welcher „temporal devices of control“ (2007a) in der von ihm untersuchten Hauptschule die schulische Erarbeitung berufsbereiter Schüler als Entwicklungsprozess der Jugendlichen selbst (re)präsentiert wird. Besondere Aufmerksamkeit schenkt er in seiner Untersuchung den Dokumenten, wie z.B. Portfolios, Lernberichten, Entwicklungsdiagrammen, mittels derer sich eine flache und räumliche Zeit (Latour 2005) etabliert, die ‚Entwicklung‘ sichtbar und bearbeitbar macht, da sie Prozesse der Linearisierung, Synchronisierung sowie des Rückgreifens und Vorausweisens innerhalb der schulkulturellen Zeitpraxis ermöglicht. Entwicklung, als schulische Repräsentationspraxis, ist daher mit Kontopodis als ein „semiotic-material ordering“ (2007b) zu begreifen. Zwar orientiert sich Kontopodis in seiner Studie an der für die neuere sozialwissenschaftliche Thematisierung von Zeit kennzeichnenden Annahme koexistierender Temporalitäten, die in lokalen Interaktionen, Narrationen und soziomaterialen Praktiken konstruiert werden.⁴ Da er sich jedoch vor allem für die praktische Etablierung linearer Entwicklungsverläufe ‚in the long run‘

4 Vgl. für einen Überblick Hannken-Illjes (2007).

interessiert, liefert seine Studie für die Frage nach den komplexen Mikroprozessen der Darstellung individueller Entwicklungsverläufe wenig Anhaltspunkte.

Hier lohnt in heuristischer Perspektive der Blick auf Studien aus dem Umfeld der Organisationsforschung, die ihren Ausgang ebenso in der Prämisse einer „plurality of internal and particular times within each individual organization“ (Gherardi/Strati 1988: 149) nehmen. Die Pluralität organisationsinterner Zeiten wird dabei sowohl auf der Ebene von diversen Zeitordnungen analysiert, die im Organisationshandeln hervortreten, als auch in der Differenz von implizit enaktierten und explizit aktivierten Zeitbezügen (Foray/Woodilla 2002). White (1998) differenziert zwischen „material“ und „invoked times“. „Material times“ bezeichnen die zeitlichen Artefakte organisationaler Praktiken, welche – gleichwohl sozial konstruiert – den Beteiligten material und strukturierend entgegentreten (so z.B. die Rhythmisierung von Arbeitsprozessen innerhalb des 9-bis-17-Uhr-Werktages). Unter aktivierten Zeiten („invoked times“) sind „temporal activities“ zu verstehen, in denen diese Zeitordnungen gezielt bearbeitet werden, um Entscheidungshandeln zu ermöglichen. So aktivieren, wie White anhand ihrer ethnografischen Empirie aufzeigt, die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in einem britischen Jugendamt in ihren Alltagsroutinen gerade die Differenzen zwischen der Zeit der Organisation, der Adressatinnen und Adressaten und der Hilfeebringung, um Hilfesuche in bearbeitbare Problemlagen zu transformieren und (Nicht)Interventionsentscheidungen zu rationalisieren. Insofern formen die Zeitpraktiken („temporal activities“) des Jugendamtes die ‚Objekte‘ der Hilfeebringung in spezifischer Weise, z.B. als unbearbeitbare, dringliche oder lediglich temporär relevante Fälle (vgl. in ähnlicher Perspektive für den Krankenhausbereich Vogd 2004). Im Hinblick auf die hier interessierende Frage nach der Eigenzeitlichkeit lokaler Entwicklungsdiagnostiken öffnet die Unterscheidung von materialen und aktivierten Zeiten daher den Blick für die Komplexität praktizierter Zeitordnungen, in denen die Organisation und Funktion der Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen mit den situierten Darstellungen von Entwicklung vermittelt wird.

Die vorzustellenden Analysen basieren auf einer kombinierten Dokumenten- und Praxisanalyse (Kelle 2007c, Bollig 2008b) der teilnehmenden Beobachtung von 103 Vorsorgen und 132 Schuleingangsuntersuchungen (SEU), die um Interviews mit 13 Eltern und 9 Ärzten ergänzt wurden. Die analysierten Felddokumente, Beobachtungsprotokolle und Interviewtranskripte wurden in Anlehnung an die Grounded Theory (Strauss 1998) kodiert und die damit verknüpfte Kategorienentwicklung mit analytischen und theoretischen Memos vorangetrieben. Dabei wurden fünf praktizierte Zeitordnungen herausgearbeitet, auf die sich die „invoked times“ der entwicklungsdiagnostischen Praxis beziehen: die Zeit(en) des Untersuchungsprogramms, die Zeit(en) der Instrumente, die Zeit(en) der Dokumente und die Zeit(en)

der Bearbeitung. Diese Kategorien für praktizierte Zeitordnungen wurden entlang der Zeiträume, die mit ihnen etabliert werden, den Darstellungen und Repräsentationsformaten von Entwicklung bzw. Normalität und den damit verknüpften Zeitpraktiken („invoked times“) ausdifferenziert. Als besonders hilfreich im Prozess der weiteren Dimensionalisierung erwies sich die Erarbeitung einer komparativen Matrix, mit welcher die verschiedenen Zeitebenen und ihre Prozesskategorien kontrastiert wurden (vgl. Spradley 1980). Für die Rekonstruktion der ‚einheimischen‘ Entwicklungsbegriffe nahm die Gegenüberstellung von Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen einen besonderen Stellenwert ein. Beide Untersuchungsformen richten sich auf den gleichen Gegenstand, die medizinische Früherkennung von Entwicklungsrisiken, unterscheiden sich jedoch stark in ihrer organisationalen, personalen, interaktiven Gestalt und Funktion (vgl. Kelle i.d.B., Einleitung). Entsprechend folgt die hier dargestellte Analyse einer Methodologie ethnografischen Vergleichens (vgl. Scheffer/Niewöhner 2008), die ihren Ausgangspunkt vom gemeinsamen Bezugsproblem der beiden Untersuchungsformen, jedoch nicht von deren generellen ‚Vergleichbarkeit‘ nimmt. Vielmehr geht es darum, die Spezifität der einzelnen Untersuchungen „durch die Linse der anderen“ (Knorr Cetina 2002: 15) sichtbar zu machen. Analytisch dient dabei jedes Muster, das in einer der Untersuchungen detailliert werden kann, „als Sensor für die Identifizierung und Kartierung äquivalenter, analoger, konfligierender Muster in der anderen“ (ebd.). Neben dieser ‚blickstrategisch-kontrastierenden‘ Funktion erlaubt eine solche „vergleichende Optik“ (ebd.) zu fragen, welche Probleme der früherkennenden Entwicklungsdiagnostik sich in beiden Feldern (unterschiedlich) stellen und mithilfe welcher lokalen Ressourcen sie bearbeitet werden.

In diesem Sinne werden die vielfältigen Zeitordnungen der Entwicklungsdiagnostik im Folgenden zweifach in den Vordergrund gerückt. Zum einen im Blick auf das übergreifende Untersuchungsfeld der früherkennenden Entwicklungsdiagnostik, insofern aufgezeigt wird, wie mittels praktizierter Zeitordnungen Entwicklungsphänomene sichtbar gemacht und -normen ‚praktiziert‘ werden. Zum zweiten komparativ, da die praktizierten zeitbezogenen Differenzen zwischen Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen beschrieben werden, die sich vor allem an den Zeit(en) des Untersuchungsprogramms aufzeigen lassen – gerade auch weil die beschriebenen Zeitpraktiken ihren Ausgangspunkt von einem geteilten Zeitproblem der vorsorgenden Entwicklungsdiagnostik nehmen.

3. Das Zeitproblem und die Zeitpraktiken in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen

3.1 ‚Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen‘

Dieses Zeitproblem ergibt sich aus dem Ziel einer gleichsam individuell wie vorsorgend ausgerichteten Entwicklungsdiagnostik, der sich sowohl die niedergelassenen Kinderärzte als auch die Schulärzte⁵ verpflichtet sehen. Mit der Formulierung „Jeder hat das Recht, individuell zu sein und nicht normiert zu werden“ bringt der Kinderarzt Dr. Spötz diese Orientierung an der individuellen Entwicklung des Kindes als seinen praktisch-ethischen Ausgangspunkt in der vorsorgenden Entwicklungsdiagnostik zum Ausdruck. Dass dies jedoch keineswegs bedeutet, sich nicht an durchschnittsbasierten Entwicklungsnormen zu orientieren, hebt auch ein zweiter Arzt, Dr. Hohenstatt, hervor, der ebenfalls die individuelle Entwicklung in den Mittelpunkt seiner entwicklungsdiagnostischen Haltung rückt. Ihm geht es vor allem darum, ob das Kind sich „gemessen an sich selbst, positiv weiter entwickelt“. Auf die Nachfrage, ob dies denn auch bedeute, dass er sich nicht an statistischen Normwerten orientiere, widerspricht er jedoch energisch:

Nein, das ist nicht so. Selbstverständlich haben wir im Hinterkopf unsere Entwicklungsschienen. Und selbstverständlich haben wir im Hinterkopf auch unsere Statistiken. Selbstverständlich ist das auch ein wichtiger Anhaltspunkt, um zu sehen sozusagen, wo halt äh die Entwicklung hin geht. Und selbstverständlich wird natürlich auch angehalten in dem Augenblick, wenn das aus dem statistischen Rahmen fällt. Die nächste Frage lautet nur, was ist das jetzt? Ist das ein Phänomen, was sich wirklich im Sinne einer Pathologie möglicherweise entwickelt, oder handelt es sich dabei um ein Durchgangssyndrom [...]. Das ist nun mal eben alles sehr individuell und von sehr vielen Faktoren abhängig, und in ganz vielen äh Fällen auch überhaupt nicht pathologisch, sondern lediglich ein Ausdruck des individuellen Wachstums. [...] Und deshalb ist das so von Bedeutung an der Stelle halt einfach, das nicht im Vergleich unbedingt mit anderen Kindern zu sehen, sondern erstmal aus dem Kontext heraus mit sich selber. (Interview Dr. Hohenstatt, SB/HK)

Auch wenn nicht alle Kinder- und Schulärzte unseres Samples diese für Dr. Hohenstatt zentrale Orientierung an *intraindividuellen* Maßstäben teilen, so macht dieser Interviewausschnitt doch die „Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen“⁶ deutlich, mit denen sich auch die anderen Ärztinnen unserer Studie⁷

5 Mit den hier verwendeten Ausdrücken „Kinderärztinnen“ und „Schulärztinnen“ werden die im Feld gebräuchlichen Bezeichnungen aufgegriffen, wohl wissend, dass die offiziellen Bezeichnungen „niedergelassene Kinder- und Jugendmedizinerin“ und „Ärztin im kinder- und jugendärztlichen Dienst“ lauten. (vgl. Kelle i.d.B., Einleitung)

6 In metaphorischer Anlehnung an Koselleck (2003).

im Hinblick auf eine individuell ausgerichtete „prophylaktische Entwicklungsdiagnostik“ (Ettrich 2000) konfrontiert sehen. In ihrer präventiven Funktion (vgl. Allhoff/Weidtmann 1993) zeichnen sich die Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen nämlich durch einen besonderen Zukunftsbezug aus, den Fuchs (2008: 363) „als paradoxe Zuvorkommenheit“ charakterisiert, weil präventive Maßnahmen in der Gegenwart Sorge dafür tragen, dass eine bestimmte Zukunft nicht eintritt. Da sich die frühe Identifikation von Entwicklungsrisiken in den medizinischen Früherkennungsuntersuchungen jedoch insbesondere auf Kompetenzbereiche in der kindlichen Entwicklung beziehen, die sich ohnehin erst im Aufbau befinden, wird dieser paradoxe Zukunftsbezug in der vorsorgenden Entwicklungsdiagnostik noch zusätzlich dynamisiert; denn der erwartbare Kompetenzaufbau und die möglicherweise zu erwartenden Störungen oder Schwierigkeiten müssen gleichzeitig beobachtet werden. Dies verlangt den Ärztinnen ein diffiziles, zeitlich formiertes Wirklichkeits-Möglichkeiten-Kalkül ab: Zum einen gilt es hierbei, möglichst frühzeitig Abweichungen von statistischen Normen festzustellen und zu eruieren, inwiefern sie „Anzeichen“ (Hafen 2005) für eine drohende Gefährdung darstellen. Zum anderen muss jedoch, in Kenntnis der hohen Variabilität von kindlichen Entwicklungsläufen, darauf geachtet werden, die normorientierte Ermittlung von Auffälligkeiten nicht unversehens in eine Durchsetzung von ‚Normalverläufen‘ zu verwandeln. Denn dies würde nicht nur verhindern, dass angemessen auf die qualitative Dimension der Veränderungsprozesse reagiert werden kann, sondern auch dazu führen, dass die Kinder „normiert“ (Dr. Spötz) und damit eventuell zu unrecht dem Stigma einer ‚auffälligen/gestörten Entwicklung‘ ausgesetzt werden.⁸ Entsprechend sieht Dr. Hohenstatt den professionellen Anspruch in seiner Tätigkeit in einer ‚zukunfts-sensiblen‘ Differenzierungspraxis, nämlich zu entscheiden, ob er es mit einem Phänomen zu tun hat, „was sich wirklich im Sinne einer Pathologie möglicherweise entwickelt“ oder „lediglich ein Ausdruck des individuellen Wachstums“ ist. Entlang dieser Prozessperspektive ist es für ihn (und auch für die anderen Ärzte) vor allem die Orientierung an Entwicklungsverläufen welche die Differenzierung von normal-abweichenden und riskant-abweichenden Phänomenen ermöglicht.

In Bezug auf die Beobachtung von Entwicklungsverläufen zeigt sich die früherkennende Entwicklungsdiagnostik in Schuleingangs- und Kindervorsorgeuntersuchungen jedoch in eine zeitbezogene Wissensproblematik eingespant. Zwar lassen sich Auffälligkeiten im Entwicklungsstatus mittels einer

7 Zumindest berichten neun von insgesamt 17 Kinder- und Schulärztinnen, mit denen wir längere Interviews geführt haben, allesamt von dieser ethischen wie methodischen Spannung zwischen einer früherkennenden Entwicklungsbeobachtung und der Berücksichtigung individueller Entwicklungsverläufe.

8 Dieser Normierungseffekt ist eine häufig geführte Kritik gegenüber Präventionsverfahren (vgl. Wambach 1983; Ziegler 2001; Bröckling 2008).

Normorientierung relativ unproblematisch in der punktuellen Beobachtungszeit der Untersuchungen erheben. Die zur Differenzierung von normal-abweichenden und riskant-abweichenden Phänomenen notwendigerweise einzubeziehenden Entwicklungsverläufe sind indes in der begrenzten ‚Echtheit‘ der einzelnen Untersuchungen nicht darstellbar. Dem Entwicklungsgeschehen als Prozess *in der Zeit* können sich die medizinisch-früherkennenden Entwicklungsuntersuchungen nicht gleichermaßen in der Zeit beobachtend annähern, sondern nur zu bestimmten Zeitpunkten (punktuell) und mit begrenzten Zeitressourcen (knapp).⁹ Wie in den Praktiken der Entwicklungsdiagnostik dieses pragmatische wie epistemische Zeitproblem der früherkennenden Entwicklungsdiagnostik gelöst wird und welche Normierungs- und Individualisierungsressourcen damit verknüpft sind, zeigt die folgende Analyse zur praktischen Genese entwicklungsdiagnostischer Zeitdimensionen auf.

In einem ersten Schritt wird der Fokus auf die Multidimensionalität von zeitlichen Darstellungsressourcen in der entwicklungsdiagnostischen Praxis gesetzt. Bereits an dem zitierten Interview mit Dr. Hohenstatt wurde deutlich, dass zur Beurteilung von ‚Anzeichen‘ („was ist das jetzt?“) diese erst einmal als Abweichungen (in Dr. Hohenstatts Terminologie: „Phänomene“) erfasst werden müssen, um weitere Schritte überhaupt in Gang zu setzen. Die von ihm gewählte Formulierung, dass er das statistische Wissen „im Hinterkopf habe“ und man „anhalten“ müsse, falls „etwas aus dem statistischen Rahmen fällt“, weist bereits auf die Selbstverständlichkeit hin, mit welcher dem Hinterkopfwissen ‚Auffallendes‘ anschaulich entgegentritt. Im Folgenden geht es daher zuerst um die Produktivität praktizierter Zeitordnungen für die Sichtbarkeit von Entwicklungsphänomenen.

3.2 Zeitpraktiken und die Sichtbarkeit der Entwicklung

Die unterschiedlichen Dimensionen der für diese Sichtbarmachung enaktierten Zeitordnungen werden ausgehend von einer Szene aus einer Vorsorgeuntersuchung U8 aufgezeigt. Diese kann gleichwohl auch als gutes Beispiel für die Schuleingangsuntersuchungen gelten, da die protokollierte Szene einen für beide Untersuchungsformen typischen Passagepunkt widerspiegelt: den Übergang von den vorgelagerten Tests und Untersuchungen, welche die Praxismitarbeiterinnen durchführen, hin zu der Untersuchung durch die Ärztinnen selbst.

9 Hierin unterscheiden sich die Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen als herausgehobene Termine von der Entwicklungsbeobachtung in Familie, KiTa, Grundschule oder auch Frühförderzentren, die ihre Beurteilungen in einer (zumindest streckenweisen) Ko-Präsenz von Entwicklungs- und Beobachtungsgeschehen entfalten können.

Im Untersuchungszimmer einer Kinderarztpraxis (Vorsorgeuntersuchung U8):

Die ‚Voruntersuchung‘ mit der Arzthelferin hat bereits im ‚Labor‘ stattgefunden, dabei wurden die Motorik, Selbständigkeit, Sprache und die kognitiven Leistungen des Jungen Kai mithilfe des sogenannten Denver-Tests¹⁰ überprüft. Zudem hat die Arzthelferin mit ihm einen Sehtest durchgeführt. Kai, seine Mutter Frau Mischko und ich sitzen nun schon eine Weile im Untersuchungszimmer 2 und warten auf den Arzt. Kai hat nur seine Unterhose und sein Unterhemd an, da er von der Arzthelferin in diesem Raum auch gewogen und gemessen wurde. Er spielt mit den Spielsachen auf der Liege.

Nach ca. fünf Minuten kommt der Arzt Dr. Spötz durch die Seitentür herein, begrüßt Kai, Frau Mischko und mich freundlich und schaut sich das U-Heft an, das aufgeklappt auf seinem Schreibtisch liegt, wobei er auch auf die vorherigen Seiten umblättert. Auf dem Computerbildschirm ist die Patientenakte von Kai aufgerufen, in der die Ergebnisse des Denver-Tests zu sehen sind. „Wir haben eben schon ganz schön geschwitzt“, meint Frau Mischko und der Arzt lacht; er scheint zu wissen, was gemeint ist. „War’s anstrengend?“, fragt er Kai, dieser antwortet: „Nö“. Dr. Spötz schaut sich nun auch die ‚Testzettel‘ an; auf einem sind die Abzeichen- und Malaufgaben, auf zwei weiteren die Ergebnisse von den Sprach- und Sehtests dokumentiert. Dr. Spötz kommentiert sein Lesen der verschiedenen Dokumente mit „Bist ja auf der Linie, gut“ und „Hat doch gut geklappt mit der Sprache“.

Zu den Sehtestergebnissen meint er, dass die „E’s“ (welche als Form erkannt werden müssen) aber auch wirklich sehr klein seien, was Frau Mischko aus eigener Erfahrung bestätigt. „Wie ist denn beim Malen die Stifthaltung?“, will Dr. Spötz nun von der Mutter wissen und ergänzt belustigt, ob der Junge denn überhaupt Zeit zum Malen habe. Kai scheint nämlich gerade weitaus stärker mit der hölzernen Autorennbahn beschäftigt, mit der er auf der Liege spielt, als mit der Untersuchungssituation. Na, er würde schon malen, meint die Mutter, aber lieber schneiden und kleben. Er habe zudem einen Drachen gebastelt. „Ach so“, meint der Arzt freundlich, „mehr so der Mann fürs Grobe“. Ob er sich denn ausreichend konzentrieren könne, will er von Frau Mischko wissen. „Na, ja, wenn er will, dann schon“, antwortet diese mit einem Seufzer. Dr. Spötz nickt lachend.

Als Beobachterin habe ich den Eindruck, als würde sich aus den Aussagen der Mutter und dem Anblick, den der spielende Kai bietet, für Dr. Spötz ein Bild ergeben, mit dem er ganz zufrieden ist. Er zieht sein Stethoskop an und lenkt, bevor er mit der körperlichen Untersuchung beginnt, erst einmal Kais Aufmerksamkeit auf sich, indem er so tut, als würde er ihn mit dem Stethoskop anrufen. „Hallo, hallo, jemand zuhause? Wer bist Du denn?“ (U8, SB)

10 Ein in Kinderarztpraxen häufig eingesetzter entwicklungsbezogener Kurztest (vgl. Kelle i.d.B., Sprachtests).

Zeit wird in diesem Beispiel aus der entwicklungsdiagnostischen Praxis in vielfältigen Dimensionen relevant:

Chronologie und Tempo der Praxisabläufe

Der Ausschnitt macht die routinierte Chronologie der Abläufe in den Untersuchungen deutlich. Bestimmte standardisierte Untersuchungsteile (Tests, Messen, Wiegen,...), die von den Praxismitarbeiterinnen durchgeführt werden, finden bereits vor der ärztlichen Untersuchung statt, damit deren Ergebnisse den Ärztinnen für ihre Untersuchungen vorliegen. Die Verteilung von Räumen und Personen wird so organisiert, dass innerhalb dieser Arbeitsteilung Synchronisationslücken darüber aufgefangen werden, dass die Patienten zu warten haben und nicht die Ärzte. Auch die Untersuchungssituation mit dem Arzt selbst folgt einem bestimmten Ablauf: Erst werden die Dokumentationen der bereits stattgefundenen Tests studiert und mit der Mutter besprochen, dann wird das Kind untersucht.

Diese Abläufe finden in den Arztpraxen (Vorsorgen U2/U3 bis U9) und Gesundheitsämtern (Schuleingangsuntersuchungen) hochgradig routinisiert statt und stellen spezifische Ressourcen für die Entwicklungsbeurteilung her, da Abweichungen von den gewohnten Abläufen die Kinder in spezifischer Weise zur Sichtbarkeit bringen. So etablieren sich z.B. praktische Zeitmaße dafür, wie lange einzelne Untersuchungselemente (und damit die gesamte Untersuchung) dauern bzw. dauern sollten. Das *Tempo* der Untersuchungsdurchführung wird zu einem eigenständigen Faktor in der Darstellung von Abweichungen, da Kinder als ‚schnell‘ oder ‚langsam‘ bzw., wie hier Kai, als zeitsouverän in der Verfolgung eigener Interessen auffallen. Tempo und Entwicklungsstatus werden dabei in ein wechselseitiges Verweisungsverhältnis gebracht, denn – so erklären die Praxismitarbeiterinnen – bei „fitten“ Kindern dauere die Untersuchung eben nie lange, wohingegen bei „auffälligen“ Kindern die Untersuchung viel Zeit in Anspruch nehme.

Zeitknappheit und -ökonomie

Die Zeitknappheit in den Untersuchungen stellt jedoch nicht nur in Bezug auf die Passung zwischen zur Verfügung stehender Untersuchungszeit und dem Tempo der Aufgabenerfüllung Darstellungsressourcen bereit, sondern verbindet sich auch mit weiteren Entwicklungsmaßstäben. Zwar problematisieren sowohl die niedergelassenen Kinder- und Jugendärztinnen als auch die Schulärztinnen die Zeitknappheit in den Untersuchungen¹¹, sehen diese gleichzeitig aber auch als praktikable Anforderungsfolie für die Kinder. Schließlich, so das Argument, müsse man gerade bei den größeren Kindern

11 Und dies natürlich vor allem in Arztpraxen, die nur wenige Privatpatienten haben und mit der knappen Vergütung der Krankenkassen pro Vorsorge nur wenig Arbeitszeit dafür einsetzen können – unseren Beobachtungen nach nur 10-20 min. In den Arztpraxen unseres Samples mit hohem Aufkommen an Privatpatienten dauern die Vorsorgen dahingegen bis zu 1,5 Stunden und sind zum Teil auf drei Einzeltermine ausgedehnt.

(ab U7) schon erwarten können, dass sie sich darauf einlassen, bestimmte Aufgaben, die ihnen eine relativ fremde Person stellt, in einer bestimmten Zeit zu erfüllen und in eine entsprechende Arbeitsbeziehung mit dem Arzt einzutreten (vgl. Kelle/Jancsó 2010).¹² Dies würde schließlich auch in KiTa und Schule von den Kindern erwartet, erklärt mir die Schulärztin Dr. Rhein, und dort seien zudem noch andere Kinder, die für Ablenkung sorgen. Folglich wird die Zeitökonomie in den Untersuchungen auch als Simulation für reale Anforderungen gesehen, die an Kinder ab einem bestimmten Alter gestellt werden. Kategorisierungen der Kinder durch das medizinische Personal wie „Entdecker der Langsamkeit“, „ne ganz Schnelle“, „Träumer“ oder „Verweigerungshaltung“ sind entsprechend den Synchronisierungsleistungen und Aufmerksamkeitsregulierungen geschuldet, welche die Zeitökonomie der Untersuchungen allen Beteiligten abverlangt.¹³ Gleichzeitig verwischen diesen Kategorisierungen aber auch die Bedeutung des Settings für diese Art der Personenkonstitution, da sie es zulassen, ganz ‚unmittelbar‘ von den Kindern und ihren verschiedenen Entwicklungsleistungen – und nicht lediglich von ‚bestimmten Patienten‘ – zu sprechen.

Vermittlung von Ereignis und Prozess

An der Einstiegszene mit Dr. Spötz, Kai und seiner Mutter werden aber auch Strategien im Umgang mit der *Ereignishaftigkeit* der Untersuchung selbst deutlich. Indem der Arzt und die Mutter bei der Durchsicht der *Testergebnisse* noch einmal auf die vergangene Situation der *Testdurchführung* verweisen („War’s anstrengend?“, „Hat doch gut geklappt“) werden die Testergebnisse dahingegen aussagefähig gemacht, dass sie auch wirklich über die Kompetenzen und Fähigkeiten des Kindes sprechen – und nicht nur über Durchführungsprobleme beim Testen oder die Tagesbefindlichkeit des Kindes. Mit einem Begriff aus der experimentellen Entwicklungspsychologie könnte man sagen, dass hier die Reliabilität¹⁴ des Tests kommunikativ gesichert wird, was in vielen Fällen auch von den Eltern selbst angestoßen wird. Dies geschieht hier im Beispiel auch durch Frau Mischko, die die Durchsicht der Testergebnisse durch den Arzt mit einem ironischen Hinweis darauf versieht, dass es nicht so einfach war, Kai diese Testergebnisse abzurufen.¹⁵

12 Wie den Kindern gerade in den Testsituationen jedoch auch geholfen wird, diese zeitlichen Anforderungen zu erfüllen, zeigen Stoklas und Schweda (i.d.B.) auf.

13 Die Arbeit des medizinischen Personals ist daher von vielfältigen Synchronisierungspraktiken geprägt, in denen die ‚Eigenzeit‘ der Kinder mit der Untersuchungszeit in Einklang gebracht wird; an diesen ‚Beschleunigungen‘ und ‚Bremsmanövern‘ sind auch häufig die Eltern beteiligt, welche ihre Kinder mit Blick auf Zeitökonomie und gute Testergebnisse dazu anhalten, ‚schneller zu machen‘ oder ‚nicht so zu hetzen‘.

14 Die Reliabilität bezeichnet die Zuverlässigkeit einer Messung, erlaubt also Aussagen darüber, ob ein Messergebnis bei einem erneuten Versuch bzw. einer erneuten Befragung unter den gleichen Umständen stabil ist.

15 Kai hatte während der Tests in der Tat die Arzthelferin und seine Mutter zum Schwitzen gebracht, da er nur durch vielfältige Anreize zur Mitwirkung bewegt werden konnte – und

Diese praktische Herstellung einer aussagekräftigen Relation zwischen Performanz und Kompetenz ist jedoch nicht nur der Tatsache geschuldet, dass die Ärzte nicht an allen Untersuchungsprozeduren teilnehmen und deshalb komplexe Informationspolitiken¹⁶ etabliert werden müssen, um *un- gleichzeitig* auftretende Ereignisse in der Zeit der Untersuchung *gleichzeitig* verfügbar zu machen. Innerhalb der immer nur punktuellen Untersuchungen wird damit auch abgesichert, dass im Ereignis der Untersuchung auf stabile und dauerhafte Veränderungsprozesse in der kindlichen Entwicklung – die sich auch außerhalb der Untersuchung zeigen – rekuriert werden kann. Hier wird quasi die praktische Validität¹⁷ der Entwicklungstests gesichert. Dies ist insbesondere dann bedeutsam, wenn Test- oder Untersuchungsergebnisse nicht optimal ausfallen und diese im Hinblick auf eigentlich vorhandene, aber in der punktuellen Untersuchung nicht gezeigte, Kompetenzen interpretiert werden. (Ein Vater ironisch: „Sie kann sprechen – leider sogar wie ein Wasserfall – nur halt heute nicht.“) Daher kommt diesen (re)aktualisierenden Gesprächen zwischen Eltern, Kindern und Ärzten eine doppelte Vermittlungsfunktion im Verhältnis von Ereignis und Prozess zu (vgl. Scheffer 2008). Im Sinne eines „doing consistency“ (Forray/Woodilla 2002) werden zum einen wichtige Informationen über den Untersuchungs- und Testverlauf im arbeitsteilig organisierten Untersuchungsprozess präsent gehalten (vorher – nachher) und zum anderen die einzelnen Untersuchungsakte mit untersuchungsexternen Entwicklungsprozessen (punktuell – dauerhaft) verknüpft. Entsprechend beziehen sich die ‚Reliabilitätspraktiken‘ in Vermittlung von Ereignis und Prozess auf die interne Seite der Untersuchungsdurchführung, wohingegen die ‚Validierungspraktiken‘ an der Schnittstelle vom Ereignis der Entwicklungsdiagnostik zum Prozess der kindlichen Entwicklung operieren.

Vermittlung von Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft

In dieses ‚doing consistency‘ sind mit dem U-Heft, der Patientenakte, den Testdokumenten, dem Computer und anderen Objekten vielfältige „time-space-actants“ (Latour 2005) involviert, die Informationen zu erfolgten Tests, vergangenen Untersuchungen und anstehenden Aufgaben für die jeweilige Untersuchungssituation zur Verfügung stellen – und insbesondere auch für mögliche zukünftige Zugriffe speichern.¹⁸ Auf diese Weise werden

die Geduld der Erwachsenen mit einer gekonnten Mischung aus Charme und Verweigerung genussvoll strapazierte.

16 Dazu gehören u.a. kurze schriftliche Hinweise auf mögliche Probleme im Test, die die Praxismitarbeiterinnen auf den Testdokumenten festhalten, z.B. häufig: „Konzentration?“

17 Die Validität gibt die Eignung eines Messverfahrens bezüglich des zu erfassenden Gegenstandes an.

18 Dass diese Praktiken des Lesens und Schreibens (Berg 1996) jedoch nicht nur speichernde Leistung erbringen, sondern auch einen aktiven Beitrag zur Durchführung der Untersuchungen selbst und der Konstruktion entwicklungsdiagnostischer Tatsachen leisten, haben

über die diversen Dokumentationspraktiken in den Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen Vergangenheit und Zukunft der Untersuchungen je spezifisch aktiviert. So zeigen die Somatogramme¹⁹ den Verlauf der Größen- und Gewichtsentwicklung entlang der jeweils in den Vorsorgen vorgenommenen Messungen grafisch an und werden aufgrund dieser verlaufsorientierten Anzeige zu einem der zentralen Objekte der Konstruktion ‚normaler und nicht-normaler‘ Entwicklungsverläufe (vgl. Bollig/Ott 2008). Diese Abbildungsfunktion für Entwicklungsprozesse wird von Dr. Spötz im obigen Beispiel auch durch seine Aussage „bist ja auf der Linie, gut“ zum Ausdruck gebracht. Welche weiteren praktischen Ressourcen zur Darstellung und Normierung von Entwicklungsverläufen mit den unterschiedlichen Vergangenheits-Gegenwarts-Zukunfts-Relationen der beiden Untersuchungsformen verknüpft sind, wird in Abschnitt 4 ausführlicher dargestellt.

Alterskonstruktionen und zeitlich gegliederte Kinderkörper

Auch ein weiterer Zeitbezug der Untersuchungen ist mit den Testdokumenten verknüpft, denn diese erlauben es, einzelne Entwicklungsbereiche mittels eigener Testitems zu separieren (Sehtest, Feinmotoriktest, Sprachtest, etc.) und in ihrer zeitlichen Lagerung darzustellen. So zeigt der hier in der Vorsorgeuntersuchung durchgeführte und auf dem Bildschirm des Arztcomputers abgebildete Denver-Test die Differenz von *Lebensalter* und *Entwicklungsalter* für die einzelnen Entwicklungsbereiche auf getrennten Spuren an. Mit Lebensalter (auch chronologisches Alter genannt) ist das kalendarische, über das Geburtsdatum errechnete Alter gemeint, wohingegen mit Entwicklungsalter das ‚tatsächliche Alter‘ des Kindes in Bezug auf seine Entwicklungsleistungen angegeben wird.²⁰ Das Entwicklungsalter wird entlang statistischer Durchschnittswerte für die Relation Entwicklungsleistungen und Lebensalter ermittelt. So kann z.B. ein fünfjähriges Kind (Lebensalter) im motorischen Bereich erst das Entwicklungsalter von vier Jahren aufweisen, in der Sprachentwicklung jedoch bereits über die Kompetenzen eines (durchschnittlichen) Fünfteinhalbjährigen verfügen.²¹ Der Denver-Test ‚produziert‘

wir u.a. in Kelle (2007c), Bollig (2008b), Bollig/Ott (2008) aufgezeigt.

19 Diese finden sich im hinteren Teil des U-Heftes und zeigen die Größen- und Gewichtsentwicklung des Kindes in einem graphischen Koordinatensystem an, welches die einzelnen Ergebnisse zudem im Hinblick auf leicht/schwer (Gewicht) und groß/klein (Größe) einordnet. Durch die aufeinanderfolgenden Eintragungen der Messungen in den Vorsorgen wird zudem eine Verlaufskurve sichtbar.

20 Eine weitere pädiatrische Alterskonstruktion stellt das sogenannte korrigierte Alter bei frühgeborenen Kindern dar. Dabei wird zur Ermittlung des chronologischen Alters nicht das tatsächliche Geburtsdatum herangezogen, sondern der errechnete Geburtstermin, der das ‚eigentliche‘/‚normale‘ Geburtsdatum gewesen wäre.

21 Wenngleich die Berechnung und Aussagekraft von Entwicklungsaltern unter klinischen Entwicklungspsychologen sehr umstritten ist (vgl. Macha 2010), werden diese aufgrund ihrer hohen Plausibilität in der Kommunikation von Entwicklungsproblemen von Praktikern jedoch gerne herangezogen.

entsprechend Auffälligkeiten, indem er die bereichsspezifische Differenz zwischen Lebensalter und Entwicklungsalter in einem zeitlich differenzierten Muster des Entwicklungsstatus sichtbar macht (siehe Denver-Testblatt in Kelle i.d.B., Sprachtests). Was unter Verwendung dieser Tests hervortritt, ist ein zeitlich gegliederter Kinderkörper, bei dem einzelne Verhaltensbereiche ‚eigenzeitlich‘ voranschreiten.

Auch wenn nicht alle Ärzte mit solchen Entwicklungstests arbeiten, die in dieser expliziten Weise zeitlich differenzierte Entwicklungsstatus darstellbar machen, so stellt die Separierung von Entwicklungsbereichen und die grafische, textuelle oder kommunikative Hervorhebung ihrer Eigenzeitlichkeit jedoch ein Merkmal aller entwicklungsdiagnostischen Untersuchungen dar. Die besondere Leistung dieser Separierung für die Früherkennungspraxis liegt dabei nicht nur darin, Nicht-Passungen und Ungleichzeitigkeiten sichtbar zu machen, bei denen Einzelbefunde im Verhältnis zueinander ihre Bedeutung als ‚Anzeichen‘ erhalten. Gleichzeitig werden über den zeitlich gegliederten Kinderkörper auch individuelle Zuschreibungen und *bilanzierte* Entwicklungs- und Risikoprofile möglich. So wird auch in der hier vorgestellten Szene Kais’ unbefriedigendes Abschneiden beim Maltest, der u.a. die Feinmotorik überprüfen soll, ins Verhältnis zu seinen persönlichen Vorlieben gesetzt („mehr so der Mann für’s Grobe“) und somit gezielt zwischen einzelnen ‚Schwachstellen‘ und einer positiv verlaufenden Gesamtentwicklung differenziert; auch Dr. Spötz konstatiert zum Schluss, dass bei Kai insgesamt „alles in Ordnung“ sei.

3.3 Zwischenfazit: Die heterogenen Kontinuen der Entwicklungsdiagnostik

Pädiatrische und psychologische Lehrbücher geben die Aufgabe der Entwicklungsdiagnostik damit an, „eine Person anhand beobachtbarer Verhaltensweisen auf einem zeitbezogenen Kontinuum zu lokalisieren“ (Ettrich 2000: 16, in Anlehnung an Allhoff/Rennen-Allhoff 1987). Unter Maßgabe der aufgezeigten praktizierten Zeitordnungen zeigt sich jedoch, dass die Praxis der Entwicklungsdiagnostik auf vielfältige Kontinuen und Objekte der Lokalisierung rekurriert, um individualisierende Beurteilungsressourcen zu erarbeiten. So werden zur Darstellung von Entwicklungsphänomenen

- in dem zeitlichen Kontinuum von verlangsamten und beschleunigten Praxisroutinen *Patienten/Untersuchungskinder* platziert;
- in einem Kontinuum von Ereignishaftigkeit und Dauerhaftigkeit Befunde einsortiert;
- und in dem Kontinuum von Entwicklungsalter und Lebensalter einzelne Kompetenzen separat lokalisiert und zu zeitlichen Entwicklungsmustern gruppiert.

Die differenten Zeitbezüge der Praxisorganisation, der Untersuchungsrou-
tinen, der Testinstrumente und Dokumente etablieren dabei unterschiedliche
Normierungen von Entwicklung, machen Abweichungen in differenter Wei-
se sichtbar und stellen entsprechend heterogene Ressourcen der individuali-
sierenden Beurteilung – und damit der praktischen Konstruktion und Dekon-
struktion von Entwicklungsnormen – zur Verfügung. Die Konstruktion von
Abweichendem zeigt sich als konstitutives Element der *individuell* ausgerich-
teten Früherkennungspraxis²², wobei die hier aufgezeigten Zeitpraktiken
dieses produktive Verhältnis von Abweichung/Individualität sowohl in syn-
chrone (Statusorientierung) als auch diachrone (Verlaufsorientierung) Per-
spektive ‚bedienen‘. Sie sind Teil des komplexen ‚praktischen Managements
der Normalität‘ (Bollig/Ott 2008) in der Untersuchungspraxis, das sich gera-
de durch die Vielfältigkeit von Darstellungsressourcen auszeichnet. Dass
diese in ihrer Varianz und Verfügbarkeit jedoch auch selbst lokal gebunden
sind, macht der folgende Vergleich zwischen Vorsorgen und Schuleingangs-
untersuchungen deutlich. Bezog sich das bisher Aufgezeigte im Wesentli-
chen auf Zeitpraktiken, die in dieser oder zumindest sehr ähnlicher Weise für
beide Untersuchungsformen charakteristisch sind, so finden sich Differenzen
zwischen den beiden Formen der lokalen Entwicklungsdiagnostik vor allem
bei den Zeitpraktiken, die mit der zeitlichen Formation des Untersuchungs-
programms selbst in Verbindung stehen.

4. Die differenten Zeit(en) des Untersuchungsprogramms: Vergleich zwischen Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen

4.1 ‚Altersgerechte Entwicklung‘ – die Zeitordnung des Vorsorgeprogramms

Zur Beschreibung der Zeit(en) des Programms der Vorsorgeuntersuchungen
kann nochmals an die oben eingeführte Szene aus einer U8 angeschlossen
werden. Diese beschreibt nicht nur die räumlich-zeitliche Verortung der
Untersuchung innerhalb der Praxisabläufe, sondern auch innerhalb des Vor-
sorgeprogramms U1 bis U9, das aus zehn aufeinanderfolgenden Terminen
von Geburt bis zum Alter von 5;4 Jahren besteht.

Die zeitliche Verortung innerhalb des Vorsorgeprogramms nimmt der
Arzt in dieser Untersuchungssituation dadurch vor, dass er nach der Begrü-

22 Vgl. zum Zusammenhang zwischen der Produktion von Abweichung und der Konstruktion
von Individualität Foucault (1994).

Bung erst einmal klärt, was ‚der Fall‘ ist. Anders als in den krankheitsbezogenen Konsultationen in der Kinderarztpraxis wird diese Fallbestimmung nicht durch die Frage nach den aktuellen Beschwerden initiiert, sondern durch den Blick in das Vorsorgeheft, welches das Thema der anstehenden Konsultation anzeigt: eine U8. Das Kind ist also – wenn kein von den Vorgaben abweichender Zeitpunkt für die Untersuchung gewählt wurde – zwischen 3;7 und 4;0 Jahre alt. In dieser aktivierenden Funktion für das Aufrufen der anstehenden Untersuchungsrouitinen wird der Blick in das U-Heft häufig durch die markierende Rahmung „Ah, eine U8“ oder ähnliche Äußerungen kommentiert oder, falls das U-Heft nicht bereits auf der richtigen Seite aufgeschlagen ist, mit einem vermittelnden Blick zwischen U-Heft und Kind abgeschätzt, welche Untersuchung ansteht: „U8, oder?“ In diesem Abgleich können auch Irritationen auftreten, wenn die Körpergestalt des Kindes eine andere Vorsorge erwarten lässt. Dann heißt es zum Beispiel bei einem besonders großen Kind „U7? Ist er wirklich erst zwei?“ Interessanterweise liegt in dieser anfänglichen Aktivierung des Vorsorgeprogramms und der darin überprüften Passung zwischen dem ‚augenscheinlichen‘ Alter des Kindes und der durchzuführenden Vorsorge die einzige Form der ‚formalen Identitätsprüfung‘. Daran wird deutlich, in welcher Hinsicht bei den Vorsorgen Misstrauen angezeigt ist: Es geht nicht darum, ob das richtige *Kind* vorgestellt, sondern ob die richtige *Vorsorge* zum richtigen *Zeitpunkt* durchgeführt wird. Diese Überprüfung ist deshalb wichtig, da das Vorsorgeprogramm feste Zeitpunkte für Kontrollen setzt, die entlang bestimmter Altersgrenzen innerhalb eines definierten Zeitkorridors durchgeführt werden müssen. Die Einhaltung der vorgesehenen Zeiträume wird dadurch gesichert, dass die Arztpraxen die Vorsorgen nur abrechnen können, wenn sie fristgerecht durchgeführt wurden.

Wie rigide die Abfolge der „Untersuchungsstufen“ (G-BA 2008) an das fortschreitende Lebensalter gebunden ist, zeigt sich auch daran, dass bei einer festgestellten Entwicklungsverzögerung die einzelnen Vorsorgeuntersuchungen keinesfalls wiederholt, bzw. bei weiterentwickelten Kindern auch nicht vorgezogen werden. Auch frühgeborenen Kindern wird kein zeitlicher Bonus eingeräumt (vgl. ‚korrigiertes Alter‘, Fußnote 20), denn das Programm startet unmittelbar nach der Geburt mit der U1 und schreitet dann entlang dem Lebensalter kontinuierlich voran.²³

23 Innerhalb dieser eigenen Zeitstruktur kann sich die fristgerechte Durchführung der Vorsorge dann auch gegenüber ihrer Untersuchungsaufgabe verselbständigen, z.B. wenn sich die Untersuchungskinder – wie häufig bei der U7 im Alter von 2 Jahren – weigern, sich untersuchen zu lassen. Da wird dann ‚befundet‘, dass keine Untersuchung möglich war, so wie im Fall eines Mädchens namens Karin. Hier hat der Arzt zwar mit der Mutter vereinbart, dass die Vorsorge in den nächsten Tagen wiederholt wird, im U-Heft jedoch mit dem Hinweis „lässt sich nicht untersuchen“ dokumentiert, dass der Vorsorgetermin wahrgenommen wurde. Dies ist in den (nicht auf einzelfallbezogene Abrechnungen angewiesenen) Schuleingangsuntersuchungen anders. Hier ist die Untersuchung erst vollzogen, wenn eine

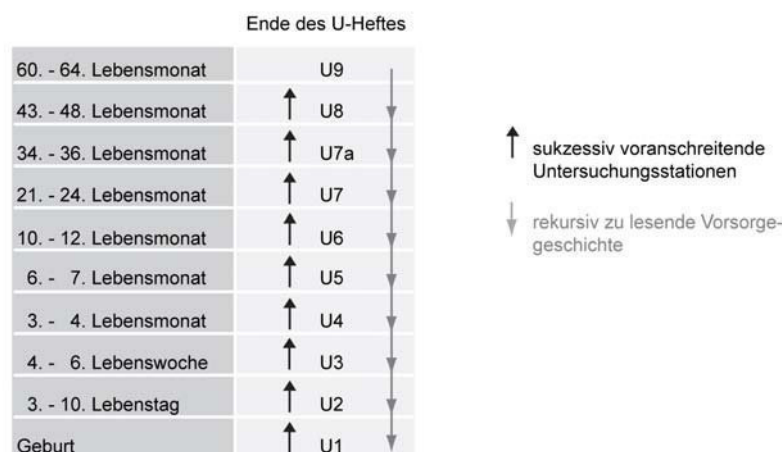


Abb. 1: Zeitstruktur des Vorsorgeprogramms²⁴

Die Zeitstruktur des Vorsorgeprogramms von der U1 bis zur U9 tritt den Ärzten, Eltern und Kindern entsprechend als eigenständige materiale Chronologie entgegen, die auf der Parallelisierung von Alter – Vorsorge (U1 bis U9) – Entwicklungsfortschritt aufbaut: Es geht um altersgerechte Entwicklung. Dies stellt auch die neue Formulierung für den Gesamtbefund der Untersuchungen deutlich heraus, denn dazu heißt es im Kindervorsorgeheft seit 2005 nicht mehr „kein Anhalt für eine die normale Entwicklung gefährdende Gesundheitsstörung“, sondern: „Kind altersgerecht entwickelt“. Entlang dieses Altersbezuges werden chronologisches Alter und Vorsorgezeitpunkt als Referenzpunkte für die Entwicklungsmaßstäbe auch deckungsfähig, wenn ein Arzt zum Beispiel in Bezug auf die mangelhafte Detaillierung der ‚Menschen-Zeichnung‘ eines Jungen feststellt, „also für eine U9 ist das nix“.

Schulempfehlung erarbeitet werden konnte, und wird, wenn nötig, mehrfach durchgeführt (wobei jedoch die Weigerung sich untersuchen zu lassen, in den wenigen Fällen, in denen dies vorkommt, als Indiz für mangelnde Schulfähigkeit geltend gemacht wird).

- 24 Hier wird die zeitliche Struktur des kassenärztlichen Vorsorgeprogramms dargestellt. Kindern von Privatpatienten stehen in aller Regel zusätzliche Termine im ersten Lebensjahr und darauf folgend jährliche Vorsorgetermine zu. Einzelne Kinderärzte ergänzen zudem das Vorsorgeprogramm für alle ihre Patienten, indem sie in den ersten Jahren mehrere Termine anbieten, die praxisintern durch eine fallpauschalenunabhängige, sich auf das Gesamteinkommen der Praxis beziehende Mischkalkulation zwischen Privat- und Kassenpatienten ermöglicht werden. Da die Kinderärztinnen den Vorsorgeuntersuchungen hohe Bedeutung beimessen – und sie zudem als Element der Kundenbindung verstehen –, legen viele Ärzte in der zeitlichen Ausgestaltung des Vorsorgeprogramms und der einzelnen Us ‚aus eigener Tasche drauf‘. – Seit 2007 ist die Teilnahme an dem Vorsorgeprogramm in fast allen Bundesländern ab der U4 auf der Basis eines verbindlichen Einladewesens verpflichtend.

Im Gesamtverlauf entfaltet sich die Zeit des Vorsorgeprogramms also entlang von fest terminierten Stationen, deren Zusammenhang in der linearen und sukzessiven Reihung der Einzeltermine und ihrer ‚echtzeitlichen‘ Dokumentation im Vorsorgeheft hergestellt wird. Das Kindervorsorgeheft (auch „Gelbes Heft“, „U-Heft“) verkörpert diese Zeit des Untersuchungsprogramms sowohl strukturell wie individuumsbezogen, da es das Vorsorgeprogramm mit dem konkreten Kind vermittelt. Das Heft ist bei jeder Vorsorgeuntersuchung vorzulegen und dient sowohl als Anspruchs-, Programm- und Instrumentenheft als auch in seiner Dokumentationsfunktion als Speichermedium des Vorsorgeprogramms. So werden auf seinem Deckblatt neben Namen, Geburtsdatum und Geschlecht des Kindes in aller Regel bereits bei der Geburt die (altersbezogenen) Zeiträume für die in den nächsten fünf Jahren anstehenden Vorsorgetermine vermerkt (z.B. U2 – 01.08. bis 09.08.2005; U9 – 01.07. bis 28.11.2010). Im Innenteil finden sich dann Formulare, in welche in den Arztpraxen nach jeder durchgeführten Vorsorge die Untersuchungsergebnisse eingetragen, abgestempelt und vom Arzt unterschrieben werden (vgl. Abb. 13 Kelle/Seehaus i.d.B.).

Ist das Kind bei der Vorsorge zum ersten Mal in der Arztpraxis, können die Ärztinnen am U-Heft erkennen, ob die Vorsorgen vollständig sind, wer die letzten Untersuchungen durchgeführt hat und welche Befunde die jeweilige Vorsorge erbracht hat. All diese Informationen wurden – und darin liegt der Zweck des Vorsorgeheftes im Sinne einer ‚mobilen Patientenakte‘ – in den vorangegangenen Vorsorgen im U-Heft dokumentiert. Das schriftliche Festhalten der Ergebnisse am Ende der Untersuchung bezieht sich also nicht nur auf den Funktionszusammenhang der einzelnen Vorsorgen (Dokumentation von Befunden zur Behandlungsorganisation), sondern vor allem auf die Zukunft des (individuumsbezogenen) Vorsorgeprogramms. Denn hier geht es um die *frühzeitige* Dokumentation möglicher Entwicklungsrisiken, um bei späteren Untersuchungen darauf zurückgreifen zu können. In der voranschreitenden Dokumentation der Vorsorgen entfaltet sich daher rekursiv auch deren fallbezogene Historie (vgl. Abb. 1). Praktisch stehen den Eintragungen im aktuellen Befundblatt des U-Heftes das Blättern im Heft und die Sichtung der vergangenen Eintragungen zur Seite.

Entwicklungsverläufe werden im zeitlichen Kontinuum des Vorsorgeprogramms somit durch die Reihung von Beobachtungszeitpunkten als eine Historie von Stationen des Beobachtens repräsentiert, zu denen der Entwicklungsstand des Kindes in einem Passungs- oder Nichtpassungsverhältnis steht. Ein ‚normaler‘ Entwicklungsverlauf wird dabei durch die Kumulation von Vorsorgen *ohne* Befund ausgewiesen, wohingegen eine Reihung von Vorsorgen *mit* Befund einen nicht-normalen oder zumindest streckenweise risikobehafteten Entwicklungsverlauf anzeigt.

4.2 Flexibilisierungen des Untersuchungsprogramms: Zeitpraktiken in den Vorsorgen

4.2.1 Eintragungen machen

Gerade in der stellvertretenden Repräsentation von Entwicklungsverläufen treten jedoch auch die Ambivalenzen in der Speicherfunktion des Vorsorgehefts hervor. Schließlich bleibt der hier vorgesehene Eintrag von (Verdachts)Diagnosen, die für weitere Untersuchungen und eine mögliche Maßnahmenkontrolle verfügbar gehalten werden sollen, im Heft auch unabhängig vom weiteren Entwicklungsverlauf des Kindes bestehen. Somit wird ein Eintrag im U-Heft auch dann noch auf die (Nicht)Normalität des Entwicklungsverlaufs verweisen, wenn dieser selbst sich wieder ‚normalisiert‘ hat. Da das U-Heft die Vorgeschichte auch für Kontexte außerhalb der Vorsorgen zur Verfügung stellt – so soll es z.B. bei Schuleingangsuntersuchungen vorgelegt werden – tritt damit die (geschichtsschreibende) Eigenzeitlichkeit des Vorsorgehefts in Konkurrenz zum je gegenwärtig verfügbaren Entwicklungsstand des Kindes selbst. Die Ärztinnen hadern daher mit der Eintragung von Befunden und Verdachtsdiagnosen ins U-Heft, denn sie fürchten eine „Bio-Graphisierung“²⁵ riskanter Entwicklungsverläufe, die selbst zum Entwicklungsrisiko für das Kind werden könnten. Insofern liegt die Ambivalenz der Dokumentationsaufgabe in der doppelt paradoxen Zu-vorkommenheit der Prävention von Entwicklungsstörungen (vgl. Abschnitt 3.1) und der Zeitperspektive von Entwicklungsrisiken selbst, denn „es gehört zur Riskanz des Risikos, dass die Einschätzung mit der Zeit variiert“ (Luhmann 2003: 51).

Vor dem Hintergrund, dass Befundeinträge auf nicht-normale Entwicklungsverläufe verweisen, lassen sich im Umgang mit dem U-Heft drei Formen der schreibenden Normalisierung von Entwicklungs-Bio-Graphien unterscheiden:

Normalisierung durch Auslassung

Viele Ärzte, wie auch der eben schon erwähnte Dr. Hohenstatt, besprechen

25 Mit diesem Begriff zielt Niewöhner (2008) auf die soziologische Analyse biomedizinischer Prozesse, in denen sich im Zusammenspiel von ätiologischen Modellen, Leitlinien, Medikamenten, medizinischer Praxis und Patientenalltag die Art und Weise ändert, „wie Entwicklungs-, Sozial- und Familiengeschichte im Alltag von Krankheit, Diagnose und Therapie praktiziert werden“ (ebd.: 134). Diese Perspektive auf ‚erweiterte Bio-Graphien‘ ist für die Analyse entwicklungsdiagnostischer Praktiken insgesamt ausgesprochen anregend; an dieser Stelle wird der Begriff der „Bio-Graphisierung“ jedoch erst einmal materialer aufgefasst, nämlich in Bezug auf die Biografie als geschriebenem Lebenslauf. Bio-Graphisierungen zeigen sich in den Vorsorgen als Praktiken des Schreibens und Lesens von Entwicklungsverläufen und somit des ‚Einschreibens‘ von Entwicklung in den Kinderkörper. Vgl. für diese Perspektive auf die Inskription von Entwicklung mittels Repräsentationsformaten auch Turmel (2008b).

zwar Verdachtsdiagnosen und Entwicklungsrisiken mit den Eltern, setzen jedoch ihr Kreuz im U-Heft bei „kein Anhalt für eine die Entwicklung gefährdende Gesundheitsstörung“, bzw. in den neueren U-Heften bei „altersgerechte Entwicklung“. Und dies geschieht auch, wenn aufgrund von (Früh-)Diagnosen (Früh-)Behandlungen in Gang gesetzt werden. Der nachfolgende Interviewausschnitt mit Dr. Hohenstatt macht deutlich, dass die ‚guten Gründe für schlecht geführte Vorsorgehefte‘²⁶ vor allem in der ‚Stigma-Prävention‘ im Umgang mit dem von ihm so genannten „Buch der Entwicklung“ liegen:

Ich könnte noch in dem gelben Vorsorgeheft – um da wieder mal darauf zurück zu kommen – könnte ich das noch eintragen. Und könnte meine Verdachtsdiagnose da rein tragen, müsste aber damit halt gleichzeitig in der Tat, sozusagen zurecht kommen, dass das damit was Offizielles ist. Das ist in der Vita des Kindes ab da verankert. [...]. Steht da drin. Nicht, da steht dann Frühgeburtlichkeit und die Assoziation kommt eben in der Tat sehr schnell, ah Frühchen. Und da lässt man die noch mal lieber, wenn die in die Schule kommen, in die Klasse eins b, statt in die Klasse eins a, weil es ist ein Frühchen, und wahrscheinlich gibt es Probleme. [...]. Das passiert leider noch viel zu häufig. Und deshalb ist man auch – ich jedenfalls – halt einfach auch ausgesprochen vorsichtig mit dem, was ich in die Vorsorgehefte rein schreibe. Weil ich weiß, das ist ein Teil - oder wenn es noch weiter geht halt einfach im Prinzip in so ner öffentlichen Hinwendung zu ner entsprechenden Stelle – eben weiß, dass des Ganze halt einfach für das Kind im weiteren Leben nun mal in seinem Buch der Entwicklung steht. (Interview Dr. Hohenstatt, SB/HK)

Normalisierung durch Vorwegnahme/Um-Schreibung

Die bei Dr. Hohenstatt deutlich werdende Sensibilität gegenüber der vermuteten Laufbahnrelevanz des Vorsorgeheftes führt bei ihm zu regelrechten Gegenstrategien, in denen er der eingeforderten stellvertretenden Deskription von Entwicklungsverläufen präskriptive Normalisierungsstrategien entgegensetzt. So trägt er z.B. bei der U7 eines frühgeborenen und sich in intensiver Frühförderung befindenden Mädchens unter „sonstige Bemerkungen“ ein: „entwickelt sich ganz normal“. Damit hebt er die Altersnormierung der Vorsorgen zur großen Freude der Eltern²⁷ aus, und attestiert, dass das Kind gemessen an sich selbst große Entwicklungsfortschritte zeigt. Jedoch wird gerade dieser Eintrag vermutlich weitere Leser irritieren, denn hier wird etwas explizit formuliert, was im U-Heft selbstverständlich und implizit mitgeführt wird, nämlich dass *Nicht*-Einträge auf normale Entwicklung ver-

26 In Anlehnung an Garfinkels (1967) für das Verständnis von medizinischen Dokumentationspraktiken wegweisendes Buchkapitel „Good organizational reasons for bad clinic records“.

27 Hier deutet sich an, dass die Ärzte mit ihren Schreibpraktiken nicht nur die Zeitlichkeit des U-Heftes bearbeiten, sondern auch die Sozialbeziehungen zu den Eltern in spezifischer Weise gestalten.

weisen. Unseren Beobachtungen nach korrespondiert mit diesen Praktiken des ‚Frisierens‘ des U-Heftes daher auch ein Aufspüren von ‚codierten‘ Anzeichen für Entwicklungsprobleme auf Seiten der Schulärztinnen (vgl. Bollig 2008a).

Normalisierung durch Einklammern

Eine weitere Strategie im Umgang mit der ambivalenten Zeitlichkeit des U-Heftes zeigt sich im Einklammern des positiven Gesamtbefundes als eine Art Zwischenlösung oder Kompromiss. Zwei Ärzte unseres Samples kreuzen in solchen Fällen zwar an, dass es keine Auffälligkeiten gab, setzen das Kreuz jedoch in Klammern, um es als vorläufig zu markieren. Der Anlass für diese Einklammerung wird zusätzlich durch einen informellen Eintrag in der Freifläche unter der Überschrift „sonstige Bemerkungen“ angegeben (im Beispiel von der U8 mit Kai schreibt Dr. Spötz „Feinmotorik“ auf). Zum einen entzieht er sich dadurch der Eindeutigkeit und Trennschärfe, die mit dem schematisierten Befundformular und dem Kreuz bzw. dem Eintragen von Kennziffern für Verdachtsdiagnosen erreicht werden soll. Auf der sozialen Ebene wird durch diese Auslagerung der Informationen aus der Dokumentationslogik aber zum anderen auch eine Verteilung von Zuständigkeiten vollzogen. Denn auch im Beispiel von Kai erklärt der Arzt den Eintrag „Feinmotorik“ dadurch, dass dieser Bereich von Arzt und Mutter mal „im Auge behalten“ (Frau Mischko) werden muss und gibt der Mutter Fördertipps. Insofern entspricht dem räumlichen Umarrangieren der Eintragungen im Dokumentationsheft inhaltlich eine Transformation von Verdachtsdiagnosen hin zur Markierung von Förderaufgaben, die zwar aus der krankheits- und risikozentrierten Befundlogik des U-Heftes ausschert, dafür aber die Eltern in die Verantwortung nimmt. Entsprechend doppelbödig ist diese Strategie: Zwar wird eine Bio-Graphisierung riskanter Entwicklungsverläufe auf der Ebene des Kindes abgemildert, da mit der Kombination ‚Klammer und Eintrag‘ der entsprechende Entwicklungsbereich lediglich als *möglicherweise* gefährdet annonciert wird. Da damit dann allerdings die Aufgabe der Förderung an das Elternhaus verwiesen wird, werden diese familiären entwicklungsförderlichen Leistungen auch für die Zukunft überprüfbar – und somit tendenziell selbst zum Risikobereich. Insofern ‚erkaufen‘ solche vorsichtigen Einträge von Entwicklungsauffälligkeiten ihre Zukunftsoffenheit durch die Adressierung von Familien als Entwicklungsressource oder -risiko – und erweitern somit die Entwicklungs-Bio-Graphie des Kindes um eine generationale Fürsorgedimension.

Gemeinsam ist diesen Strategien des ‚Frisierens‘ des U-Heftes (Auslassen, Vorwegnehmen, Einklammern) jedoch, dass sie alle auf das Spannungsverhältnis von echtzeitlicher Dokumentation und rekursiver Darstellung von Entwicklungsverläufen bezogen sind, wie es durch die Zeitstruktur des Vorsorgeprogramms und die darin enthaltene Verknüpfung von Alter – Entwicklung – Vorsorge angelegt ist. Arbeiten sich die Ärztinnen mittels dieser Do-

kumentationsstrategien vor allem daran ab, die Differenz von seriellen Untersuchungszeitpunkten und Entwicklungsverläufen wieder in die offizielle Historie der Vorsorgegeschichte des Kindes einzubeziehen, so ermöglicht die ‚doppelte Buchführung‘ zwischen praxisexternem Vorsorgeheft und praxisinterner Patientenakte alle Informationen dennoch für ihre professionelle Praxis zur Verfügung zu halten.

4.2.2 Termine machen

Flexibilisierungen des zeitlich gegliederten Beobachtungsraums

Die Auslagerung von Befunden aus dem Vorsorgeheft in die Patientenakte – und damit aus dem semi-öffentlichen Vorsorgeprogramm in das Patientenprogramm – stellt jedoch nicht nur Ressourcen für die Bearbeitung der Vorsorgegeschichte, sondern auch noch weitere Flexibilisierungsstrategien gegenüber der normierenden Zeitstruktur der Vorsorgen zur Verfügung. Der ‚switch‘ zwischen Vorsorge- und Behandlungsprogramm ermöglicht es den Ärzten nämlich auch, den zeitlich gegliederten Beobachtungsraum des Vorsorgeprogramms durch zusätzliche Termine unproblematisch zu ‚verdichten‘. So endet die Besprechung von Entwicklungsproblemen und -risiken zum Ende der Untersuchung zwar selten mit einem Eintrag ins U-Heft, dafür aber häufig mit der Vereinbarung von Kontrollterminen („Das schauen wir uns in vier Wochen noch mal an“) oder der Festlegung von Grenzmarken, innerhalb derer das Kind dann noch einmal vorgestellt werden soll („Wenn sich das im nächsten halben Jahr nicht bessert, kommen sie noch mal vorbei“).

Darüber hinaus bietet die serielle Taktung des Programms selbst eine praktische Differenzierung von durchschnittsbasierten Entwicklungsnormen und kriterienorientierten Grenzsteinen an, indem die aufeinander folgenden Untersuchungsstufen weniger als punktuelle Überprüfungsmarken, sondern vielmehr als Klammern für zeitliche Unter- und Obergrenzen für bestimmte Entwicklungsfortschritte gerahmt werden. Auch hier werden Auffälligkeiten mit den Eltern besprochen, aber zugleich auch markiert, dass dem Kind noch etwas Zeit zugestanden werden kann – und es erst bei der nächsten Vorsorge richtig ‚ernst‘ wird („Bis zur U8 sollte sich das dann aber gegeben haben“).

Den richtigen Zeitpunkt finden

Welche Riskanz die Akteure dieser dem Vorsorgeprogramm eingeschriebenen Parallelisierung von Alter – Entwicklung – Vorsorge für eine individuelle Entwicklungsdiagnostik zuschreiben, zeigt sich auch an der Sorgfalt, die für die Wahl der geeigneten Untersuchungszeitpunkte aufgebracht wird. Schließlich werden Eltern und Kinder zu den Vorsorgen nicht wie bei den Schuleingangsuntersuchungen einbestellt, sondern man „macht Termine“. Dabei spielt neben Überlegungen zur *gelungenen Präsentation des Kindes* auch die zeitliche *Organisation gelungener Beobachtungsbedingungen* eine

Rolle.

Die Termine werden für die Vorsorgeuntersuchungen auf Betreiben der Praxismitarbeiterinnen und Eltern zu einem möglichst späten Zeitpunkt innerhalb der vorgeschriebenen Zeiträume vereinbart. Erklärt wird diese Praxis dadurch, dass das Kind dann mehr Zeit habe, um ‚sich zu entwickeln‘. In dieser Ausreizung der Zeitfenster/-korridore für die Durchführung der Vorsorgen werden Variabilitäten im Entwicklungsverlauf bereits eingerechnet und die zeitlichen Obergrenzen der Untersuchungsfristen nicht nur als bürokratische Orientierungsmarke, sondern als zeitliche Grenzmarken für Meilensteine des Entwicklungsprozesses enaktiert.²⁸ Vor allem auch die Eltern von Kindern, die dem Altersbezug des Vorsorgeprogramms bereits ‚hinterherhinken‘ achten von selbst darauf, dass die zeitlichen Möglichkeiten ausgeschöpft werden und eine sich bereits andeutende Nichtgleichzeitigkeit zwischen Vorsorge – Alter – Entwicklung wieder aufgeholt werden kann. Eine Mutter, Frau Leuvers, berichtet im Interview:

Wir haben se [die Vorsorgetermine, SB] eigentlich bei beiden Kinder immer sehr nach hinten geschoben, in dem vorgegebenen Zeitraum äh, weil äh (.) ja natürlich entweder Frühchen oder Lucca mit ihrer Entwicklungsverzögerung eh, ich glaub wir waren da nich immer so wild drauf aus, uns wirklich mal so ne Rückmeldung abzuholen is noch nicht so weit (...). (Interview Leuvers, SB)

Solche Terminierungspraktiken zeigen sich jedoch nicht nur auf Seiten der Patienten, sondern auch in der Konstruktion *guter Beobachtungszeitpunkte*. So begründet ein Kinderarzt, in dessen Praxis die späteren Vorsorgeuntersuchungen (U7 bis U9) auf zwei Tage verteilt werden, dass dies aufgrund der langen Dauer der einzelnen Vorsorgen (bei ihm ca. eine Stunde) organisatorisch besser zu handhaben sei. Zudem hätte er hierdurch die Möglichkeit, dass Kind an zwei Zeitpunkten zu sehen, um sich ein umfassenderes Bild zu machen. Wieder andere Arztpraxen terminieren alle Vorsorgeuntersuchungen an bestimmten Tagen und „blocken“ die Termine für Vorsorgen. Davon versprechen sich die Ärzte zum einen eine bessere ‚Kundenbindung‘, da die Eltern dann nicht so lange warten müssen wie im Normalbetrieb; zum anderen könnten sich die Praxismitarbeiterinnen bei der Durchführung der Tests mehr den Kindern widmen. Bezogen auf die lokale Konstruktion von Abweichungen ist an diesem ‚Blocken‘ von Untersuchungen aber vor allem interessant, dass die Ärzte damit den für ihre Praxis typischen ständigen Wechsel zwischen entwicklungsbezogener und krankheitsbezogener Diagnostik in der Abfolge der Patienten vermeiden. Dr. Spötz erklärt hierzu, dass er sich gerade in der Hochsaison im Herbst/Winter, wenn er es mit vielen grippekranken Kindern zu tun hat, „die alle blass und apathisch sind“, schon gut konzentrieren müsse, um jedem Kind in der Vorsorge „individuell ge-

28 In der Gegenprobe dazu müsste eine hochgradig risikosensible und normorientierte Diagnostik so früh wie möglich durchgeführt werden.

recht“ zu werden und nicht gleich „fünfe gerade sein“ zu lassen. Die Praxis der geblockten Vorsorgetermine, die zudem in zwei Arztpraxen auch noch nach dem Alter der Untersuchungskinder gestaffelt werden, zeigt sich in Bezug auf lokale Entwicklungsnormen entsprechend als Versuch der Homogenisierung der jeweils praxiseigenen Untersuchungs- und damit auch Vergleichsgruppe.²⁹ Dieses interne Vergleichen wird dabei auch eingesetzt, um das Besondere/Individuelle der jeweiligen Kinder gegenüber den Eltern hervorzuheben:

Dr. Brixen in der Besprechung eines gemalten ‚Menschenbildes‘ in der U8 des Jungen Timo (4;3) zu diesem: „Da ist alles dran“, lobt ihn der Arzt, „da hast de alles gemalt.“ Den Arzt begeistern vor allem die Details, die er uns nun aufzählt: Augenbrauen, Pupillen, Ohren, Finger, Beine, Füße. Auch die Mutter kommt nun nach vorne und schaut sich das Bild an. Dr. Brixen zu ihr: „Das ist sehr gut. Also wir hatten da eben einen Fünfjährigen“ - Kopfschütteln - „das war gar nix“. (U8, SB)

Wird also in der zuerst beschriebenen Terminierungspraxis, dem Legen des Termins an das Ende des vorgegebenen Zeitraums, die lineare Zeit des Untersuchungsprogramms mit der Zeit der kindlichen Entwicklung koordiniert – und somit den Jungen und Mädchen ‚Eigenzeit‘ zugestanden –, so bringt das Blocken der Termine vor allem die periodische (und aus Knappheitsgründen gut zu verteilende) Untersuchungszeit mit der Gruppe von Untersuchungskindern ins Verhältnis. Gerade im Hinblick auf die Konstruktion lokaler Vergleichsgruppen und die damit verbundene zeiträumliche Konstruktion von lokalen Entwicklungsnormen lohnt sich zudem der Vergleich mit den Schuleingangsuntersuchungen, denn hier zeigen sich die Terminierungspraxen vor allem auf die Platzierung der Kinder innerhalb eines bestimmten Untersuchungskollektivs bezogen.

4.3 „Schulbereite Kinder“ – die Zeitordnung des Programms der Schuleingangsuntersuchungen

Wie Abbildung 2 zeigt, unterliegt das Programm der Schuleingangsuntersuchung (SEU) einer gänzlich anderen zeitlichen Strukturierung als die Vorsorgeuntersuchungen. Bei der SEU handelt es sich um eine punktuelle Untersuchung, die im Normalfall nur einmal zu einem bestimmten Zeitpunkt – mit Erreichen des schulpflichtigen Alters – durchgeführt wird. Als eine Maßnahme im Rahmen des gesetzlich geregelten Einschulungsverfahrens findet sie im Zeitraum zwischen der Schulanmeldung und der Einschulung des Kindes statt. Die SEUen werden von den zuständigen Gesundheitsämtern

29 Eine von Schulärzten vorgebrachte Kritik an den Vorsorgen lautet, dass diese aufgrund der hohen Heterogenität von Patienten und Aufgabenfeldern eine weniger sensible Entwicklungsdiagnostik leisten könnten.

(Kinder- und jugendärztlicher Dienst) organisiert und von den sogenannten Schulärztinnen durchgeführt, die von ihrer Ausbildung her entweder Allgemeinmediziner oder Kinder- und Jugendmediziner sind. Da über die Aufnahme der schulpflichtigen Kinder in die Schule allein die Schulleitungen entscheiden³⁰, liegt die Aufgabe der Untersuchungen in Bezug auf die Einschulung vornehmlich darin zu prüfen, welche kurativen, therapeutischen oder auch pädagogischen Unterstützungen das Kind aus ärztlicher Sicht für den „Arbeitsplatz“ Schule benötigt (vgl. Schulz 1996). Die Schuleingangsuntersuchungen ‚produzieren‘ somit entwicklungsbezogene Empfehlungen für den Schuleintritt, die eine Beratungsfunktion sowohl für die Eltern als auch für die einschulende Schule erfüllen (siehe zu den SEUen auch Kelle i.d.B., Einleitung).

Da die Schuleingangsuntersuchung auf die anstehende Einschulung ausgerichtet ist, etabliert sich auf der Programmebene der SEUen ein zeitlicher Beobachtungsraum, der seinen Ausgangspunkt nicht, wie in den Vorsorgen, vom Lebensalter der Kinder, sondern vom ideal-konstruierten Entwicklungsalter des zukünftigen Einschülers nimmt. Der zeitliche Beobachtungsraum Schuleingangsuntersuchung ist hier auf eine externe Referenz, nämlich den in zwei bis elf Monaten anstehenden Schuleintritt bezogen und nicht auf das fortschreitende Alter des Kindes oder die Sukzession des Untersuchungsprogramms. Anders als in den Vorsorgen entfaltet sich in den Schuleingangsuntersuchungen insofern kein interner prozessualer Vergangenheits-/Zukunftsbezug. Vielmehr ‚blicken‘ die Schuleingangsuntersuchungen – als gegenwärtige Vergangenheit der zukünftigen Einschulung – von der Zukunft der Einschulung auf den heutigen Entwicklungsstand der Kinder zurück. Entwicklungsmaßstab ist die ‚Schulfähigkeit‘ oder ‚Schulbereitschaft‘³¹, die prognostisch für den erst kommenden Moment des Schuleintritts ermittelt wird.

Auch die Schuleingangsuntersuchungen schmiegen sich dabei dem individuellen Entwicklungsverlauf nicht an, sondern setzen analog zur einmal im Jahr stattfindenden Einschulung festgesetzte Kontrollzeitpunkte. Entsprechend erhalten die Kinder nur zu einem Termin im Jahr die Möglichkeit, ihre Schulbereitschaft unter Beweis zu stellen.³² In welchem Jahr dieser Termin für die Einschulungsuntersuchung stattfindet, ist nur nach unten hin relativ

30 Dies ist jedoch vielen Eltern und Kindern in Bezug auf die veränderte Funktion der SEU nicht klar. Sie gehen vielmehr davon aus, dass die Schulärzte nach wie vor darüber entscheiden, ob das Kind eingeschult wird oder nicht.

31 Konzeptionell setzt sich der Terminus „Schulbereitschaft“, den die meisten Schulärzte in unseren Interviews hervorheben, sowohl vom mittlerweile überholten Begriff der „Schulreife“ als auch von dem der „Schulfähigkeit“ ab. „Schulbereitschaft“ zielt nicht mehr so stark auf die Voraussetzungen für die Bewältigung der schulischen Anforderungen, sondern mehr auf die Voraussetzungen für die Bewältigung des Übergangs selbst (Interview Dr. Rhein, Dr. Breitenband). In den Untersuchungsroutrinen benutzen die Ärztinnen jedoch die drei Begriffe („schulreif“/„-fähig“ und „-bereit“) häufig synonym.

32 Zwar stellen zunehmend mehr Schulen mit Eingangsstufe auf eine halbjährlich stattfindende Einschulung um, eine solche Schule haben wir jedoch nicht in unserem Sample.

frei wählbar (vorgezogene Einschulung), nach oben setzt die mit sechs Jahren einsetzende Schulpflicht eine eindeutige Grenze. Der Stichtag hierfür variiert allerdings von Bundesland zu Bundesland, in Hessen liegt er derzeit beim 30. Juni eines Jahres. Da die sogenannte Kann-Kinder-Regelung mittlerweile in den meisten Bundesländern sehr großzügig gehandhabt wird oder ganz aufgehoben ist, werden zunehmend jüngere Kinder von ihren Eltern und Erzieherinnen zur Einschulung vorgeschlagen.³³ Daher variiert das Lebensalter der Kinder in den Einschulungsuntersuchungen für die erste Klasse zwischen ca. fünf und sieben Jahren (letzteres meist bei vorangegangener Rückstellung).

Normierungs- und Individualisierungsressourcen werden in diesem Zukunftsbezug der Schuleingangsuntersuchungen entlang einer Vielfalt an praktischen Normreferenzen prozessiert und in den einzelnen Gesundheitsämtern recht unterschiedlich praktiziert. Dies zeigt sich besonders deutlich an den Terminierungspraktiken. Da nämlich in kinder- und jugendärztlichen Diensten der Gesundheitsämter über den Jahresverlauf hinweg die immer gleichen Untersuchungen (lediglich differenziert nach Eingangsstufe, erster Klasse und nichtregelbeschulbaren Kindern) hintereinander stattfinden, wirft dies für die Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamts die Frage nach der Verteilung der Untersuchungskinder entlang geeigneter Beobachtungszeitpunkte auf.

4.4 Virtualisierungen der Zukunft: Zeitpraktiken in den Schuleingangsuntersuchungen

4.4.1 Termine machen

In den Gesundheitsämtern unserer Studie³⁴ lassen sich zwei unterschiedliche Strategien der Terminierung ausmachen, in denen die differenten Formen der Konstruktion von Zeitkontinuen der Entwicklung mit differenten Konstruktionen von normierenden Vergleichsgruppen einhergehen. In einem Fall zeigt sich die Terminierungspraxis als Konstruktion von Alterskohorten und im anderen Fall als Konstruktion von Schulkohorten.

In zwei der insgesamt sechs Gesundheitsämter unseres Samples (in Ab-

33 Anders als bei den Vorsorgen kann die SEU mehrmals und somit auch probenhalber durchgeführt werden. Hier setzen die Eltern von Kann-Kindern die Teilnahme ihrer Kinder an der SEU wie einen Freischuss ein, bei dem sie ‚testen‘, ob die Ärztinnen zu einer vorgezogenen Einschulung raten oder nicht.

34 Hierbei ist zu beachten, dass unsere Studie nahezu ausschließlich in Hessen durchgeführt wurde. Die zeitliche Lagerung und Organisation der SEUen weist jedoch – anders als bei dem bundesweit recht einheitlichen Vorsorgeprogramm – deutliche Länderunterschiede auf. So wird in Baden-Württemberg die SEU mittlerweile bereits mit viereinhalb Jahren durchgeführt, um noch frühzeitiger Fördermaßnahmen im Hinblick auf den Schuleintritt einleiten zu können.

bildung 2 zusammengefasst unter „Gesundheitsämter A“) werden die Kinder so eingeladen, dass sie zum Zeitpunkt der Untersuchung möglichst 5;5 Jahre alt sind, da das in den Schuleingangsuntersuchungen zum Einsatz kommende Entwicklungs-Screening S-ENS auf diese Altersgruppe hin normiert ist. Hier findet die zeitliche Verteilung der Untersuchungskinder entlang ihres Geburtsdatums statt, und die jüngeren Kinder werden möglichst spät im Untersuchungsjahr³⁵ eingeladen. Dies soll für eine gute Passung zwischen den Normwerten des Screenings und dem Lebensalter des Untersuchungskindes sorgen. Diese Terminierungspraxis wurde mit der Einführung des S-ENS entwickelt und entspringt einer Fairnessvorstellung. Entsprechend hat in diesen Gesundheitsämtern die Standardisierung dieses zentralen Untersuchungsinstruments zu einer Homogenisierung des täglichen Untersuchungskollektivs geführt, deren altersbezogene Heterogenität nicht mehr annähernd mit derjenigen von den realen späteren Schulklassen vergleichbar ist.

In den vier anderen Gesundheitsämtern unseres Samples (in Abbildung 2 „Gesundheitsämter B“) werden die Kinder hingegen schulbezogen zusammengefasst, das heißt im Schuljahresverlauf werden die Einschüler einer jeweiligen Schule innerhalb desselben Zeitraums untersucht – und erst danach die Kinder der nächsten Schule und so fort.³⁶ Hier ist der Referenzpunkt der Terminierung entsprechend nicht die Alterskohorte, sondern die Einschulungskohorte. Dieses Vorgehen ermöglicht den Schulärzten – so ihre nachträgliche Erklärung für die Beibehaltung dieser bereits vor der Einführung des Entwicklungs-Screenings S-ENS etablierten Terminierungspraxis – Vergleichsressourcen für die Beurteilung des einzelnen Einschülers vor dem Hintergrund des sich konkret abbildenden Schuljahrgangs.

Die Schulärztin Dr. Rhein begründet diese Vorgehensweise damit, dass auch später die einzelnen Kinder unabhängig von ihrem tatsächlichen Alter in einer Klasse mit unterschiedlich jungen und alten Kindern beschult werden. Schließlich bestimme letztendlich die Zusammensetzung des Klassenkollektivs darüber, welche sozialen und kognitiven Anforderungen an die einzelnen Kinder gestellt werden. Innerhalb dieser Terminierungspraxis wird entsprechend die konkrete Zukunft des zukünftigen Schulkindes virtualisiert, denn hier kommen nicht nur die Entwicklungsstände einzelner Kinder, sondern auch diejenigen von zukünftigen Schuljahrgängen zum Vorschein.³⁷ Ein

35 Das Untersuchungsjahr beginnt wie das Schuljahr nach der Einschulung im Sommer.

36 Dabei werden z.T. auch Mischformen realisiert, bei denen die „Wackelkandidaten“, das sind vor allem die Kinder, die aufgrund geringer Deutschkenntnisse die in Hessen speziell eingerichteten „Vorlaufkurse“ besuchen, schulübergreifend zuerst untersucht werden; danach die Muss-Kinder, zusammengefasst nach Schulen, und anschließend wieder schulübergreifend die Kann-Kinder.

37 An den sogenannten „Schnuppertagen“ in den Grundschulen, zu denen die Kinder eingeladen werden, um dort in Bezug auf die Einschulungsentscheidung und vor allem die Zusammensetzung zukünftiger Klassen ‚begutachtet‘ zu werden, wird diese Vergleichsgruppenkonstruktion noch stärker relevant, da die Überprüfung hier innerhalb der Gruppe, und

besonders anstrengender Untersuchungstag, mit vielen „auffälligen Kindern“ wird dann auch dahingehend von den Schulärzten kommentiert, dass diese künftige Schulklasse sicher „kein Spaß“ für die zuständigen Lehrerinnen werde – oder aber diese „starke Klassen“ zu erwarten haben. Kriterien für die Schulfähigkeit eines Kindes – und die Frage nach den individuellen Ressourcen für die Bewältigung des Übergangs – können in dieser Terminierungspraxis dann auch daran festgemacht werden, inwiefern das soziale Umfeld der virtualisierten späteren Schulklasse als förderlich oder belastend für ein Kind eingeschätzt wird (etwa im Falle sehr junger Kinder, die in eine Klasse mit vielen als ‚weit entwickelt‘ bezeichneten Kindern eingeschult werden sollen).

Die beiden unterschiedlichen Terminierungsstrategien schaffen dabei vor allem Darstellungsressourcen für die Legitimierung von Schul- und Förderempfehlungen. Dass sich mit dem Verweis auf die zukünftigen Klassenkameraden die Empfehlung und/oder Anmahnung von noch zu fördernden Bereichen ‚realistischer‘ ausstatten lässt, wird besonders gegenüber Kindern deutlich, die frühzeitig eingeschult werden sollen. So achtet zum Beispiel Dr. Rhein darauf, dass die „Kann-Kinder“ nicht an einem Untersuchungstag zusammengefasst, sondern zwischen den „Muss-Kindern“ platziert werden. Dies sei wichtig, so Dr. Rhein, damit „die Eltern auch mal sehen, wie eigentlich ein Schulkind aussieht, sonst sehen die nur die anderen Kleinen und denken, wenn der zur Schule kann, dann ja meiner wohl auch“. Mit dieser Vorgehensweise indessen habe sie es dann nicht so schwer zu erklären, warum das Kind ihrer Meinung nach ‚noch nicht so weit‘ sei.

Zielt die *schulkohortenbezogene* Einladungspraxis (Gesundheitsämter B) entsprechend auf die realistische Darstellung der konkreten schulischen Anforderungen (gute Passung von Entwicklungsalter und ‚formalem Alter‘), so geht es in der *alterskohortenbezogenen* Einladungspraxis (Gesundheitsämter A) vor allem um eine faire Testsituation (gute Passung von Lebensalter und ‚Testalter‘) – und damit die Absicherung der ‚prognostischen Fähigkeiten‘ des Tests. Die Terminierungspraktiken in den Schuleingangsuntersuchungen stellen daher zwei differente Formen der Repräsentation von Entwicklungsverläufen im zeitlichen Beobachtungsraum der SEUen dar, da sie die Untersuchungskinder im Kontinuum zwischen SEU und Einschulung unterschiedlich platzieren. Während in der Terminierungspraxis der Gesundheitsämter A die Entwicklung des Kindes als Transformationsgeschehen in der Lebensspanne im Fokus steht, realisiert sich die zeitliche Normierung von Entwicklung in der Terminierungspraxis B entlang der in der Zukunft real anstehenden Entwicklungsaufgaben.

somit der tatsächlich möglichen späteren Schulklasse, vollzogen wird.



Abb. 2: Zeitstruktur des Untersuchungsprogramms der Schuleingangsuntersuchungen (SEU)

In diesen Praktiken der Koordinierung der periodischen Untersuchungszeit mit der linearen Zeit des Kindes bis zur Einschulung lassen sich jedoch nicht nur Normreferenzen, sondern auch Individualisierungs- und Normalisierungsressourcen erarbeiten. Dies zeigt sich besonders gut dann, wenn die vielfältigen Alterskonstruktionen gegeneinander ‚ausgespielt‘ werden, was sich vor allem an der Auswertung des in den Schuleingangsuntersuchungen eingesetzten Entwicklungs-Screening S-ENS zeigt.

4.4.2 Punktwerte interpretieren und Empfehlungen machen

Anders als in dem bereits erwähnten Denver-Test (siehe das Beispiel der U8 in Kapitel 3), der in einer Stufenleiterfolge den fortschreitenden Kompetenzaufbau zum Lebensalter in Bezug setzt, kennt das speziell für die Schuleingangsuntersuchungen entwickelte S-ENS nämlich nur ein Alter. Das Screening ist ausschließlich auf die Gruppe der 5- bis 6jährigen Kinder hin normiert³⁸, was bedeutet, dass im S-ENS nicht das Lebensalter des ‚Testkindes‘

³⁸ Auf die Differenz zu den Schuleingangsuntersuchungen für die Eingangsstufe, in die die Kinder bereits mit fünf Jahren eingeschult werden und für die entsprechend das S-ENS nicht eingesetzt wird, kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

die abhängige Variable darstellt, sondern das ‚gesetzte‘ Entwicklungsalter, an dem sich Kinder gleich welchen Alters ausprobieren können. Daher liegt die Leistung des Screenings auch nicht im Aufzeigen der Differenz zwischen Entwicklungsalter und chronologischem Alter (wie beim Denver-Test, vgl. Kap. 3.1), sondern ‚lediglich‘ darin, zu ermitteln, ob in den schulrelevanten Entwicklungsbereichen ‚Anzeichen‘ für Entwicklungsrisiken aufscheinen – oder nicht. Abbildung 3 zeigt die Darstellung der Testergebnisse, die über die Eintragung der erreichten Punktwerte vollzogen wird, im Kontext des zeitlich gegliederten Beobachtungsraums der Schuleingangsuntersuchung schematisch auf.

	Einzelne Screeningbereiche	Testergebnisse als Punktwerte mit spezifischen Orientierungswerten für unauffällig, grenzwertig , auffällig	
Zeitpunkt der Untersuchung Lebensalter der Kinder ca. 5-7 Jahre	Körperkoordination	17	
	Visuomotorik	14	
	Visuelle Wahrnehmung/ Informationsverarbeitung	8	
	Sprachkompetenzen	Pseudowörter nachsprechen	6
		Wörter ergänzen	6
		Sätze nachsprechen	3
	Artikulation	10	

Einschulung
Ideal-konstruiertes Alter 6 Jahre

Abb. 3: Schematische Darstellung der Testergebnisse im Dokumentationsformular des S-ENS³⁹

Zielt das S-ENS auf die rasche Erhebung von möglichen Entwicklungsproblemen in den abgefragten Bereichen, um frühzeitig entsprechende Therapien, Fördermaßnahmen oder niedrigschwellige Interventionen (wie Sport oder häusliche Fördermaßnahmen) einleiten zu können, so zeigt es sich im Einsatz auch als praktikable Ressource für die Darstellung von „Schulfähigkeit/-bereitschaft“. Obwohl das S-ENS in der Überprüfung einzelner Entwicklungsbereiche nämlich lediglich das Ergebnis ‚un-/auffällig‘ produziert, behandeln die Schulärztinnen, Eltern und Kinder die Testergebnisse synonym oder zumindest als wechselseitig indizierend für die Aussagen ‚nicht-

39 Es handelt sich bei der Grafik und vor allem bei der Darstellung der Punktwerte um eine eigene grafische Umsetzung des S-ENS-Auswertungsbogens.

/schulbereit'. Eine Schulärztin sagt zum Beispiel zu einer Mutter: „Alles in Ordnung. Sie hat sehr gute Punktzahlen. Sie ist jetzt richtig reif“. Gelegentlich führt diese Deckung von nicht-auffällig/schulbereit auch so weit, dass der ermittelte Punktwert für Prognosen hinsichtlich späterer Schulleistungen herangezogen wird, so wenn Dr. Josta zur Mutter eines Jungen sagt: „Mit dieser Punktzahl und diesem Verhalten wird er in der Schule im oberen Drittel mitkommen“.

Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Schulärztinnen die Empfehlung zur Einschulung einfach nur an den Punktwerten des S-ENS ablesen würden. Ganz im Gegenteil, denn auch die Punktwerte des S-ENS werden erst mittels der bereits oben beschriebenen Validitäts- und Reliabilitätspraktiken und in Verbindung mit den anderen Eindrücken der Untersuchung ‚gebrauchsfähig‘ gemacht. Die praktische Leistung dieser Deckungsgleichheit von nicht-auffällig/schulbereit und auffällig/noch-nicht-schulbereit liegt vielmehr darin, Prognosen zu ‚materialisieren‘ und diese auch zu legitimieren. Insbesondere in Bezug auf Kinder, bei denen die Schulärzte Probleme in der Einschulungsphase erwarten, erleichtern sie vor allem die Kommunikation von Empfehlungen. Es sei nämlich, so die Ärztinnen, dann sehr viel leichter, die Eltern davon zu überzeugen, dass ihr Kind noch bestimmte Formen der Förderung brauche, um bis zur Einschulung ‚aufzuholen‘, wenn der Test viele auffällige oder grenzwertige Punktzahlen ergebe. Diese Temporalisierung der S-ENS-Ergebnisse in Aussagen zu „noch-nicht“ oder „schon“ zeigt sich auch deutlich in der nach Entwicklungsbereichen (Motorik, Sprache, Sozialverhalten) differenzierten Schulempfehlung, die programmatisch eigentlich nur den Eintrag von auffälligen Befunden vorsieht. Hier finden sich allerdings häufig Bemerkungen wie „Feinmotorik noch unsicher – geht in Ergotherapie“, „noch sehr unaufmerksam“, „sprachlich sehr begabt“ oder „motorisch sehr geschickt“, in denen die Ergebnisse des Tests in individuelle Schwächen und Stärken des Kindes übersetzt werden, wobei ein differenziertes Entwicklungsprofil erstellt wird. In dieser Übersetzung von auffällig/nicht-auffällig in nicht-/schon-entwickelt werden Entwicklungsverläufe hier vor allem in Bezug auf zukünftige Entwicklung repräsentiert, wobei das Lebensalter des Kindes eine relevante Rolle spielt, um der (Nicht)Passung zwischen Test- und Entwicklungsalter eine prognostische Funktion abzurufen. Dabei werden die statusbezogenen Aussagen des S-ENS auch dadurch in Prozessaussagen über (die noch anstehenden) Entwicklungsverläufe übersetzt, dass ‚noch nicht‘ ausreichend ausgebildete Kompetenzen („Feinmotorik noch unsicher“) in eine direkte Beziehung zur Förderungspraxis („geht in Ergotherapie“) gesetzt werden, um das momentane Testergebnis als temporär zu markieren.

Auch in den Schuleingangsuntersuchungen werden Entwicklungsverläufe somit vor allem durch das Zusammenklappen von Entwicklungszeit und Programmzeit dargestellt, wobei in den SEUen die aktuell erbrachten Test-

und Untersuchungsergebnisse zur Qualifizierung des Zeitraums zwischen SEU und Schulanfang genutzt werden – und umgekehrt. Um eine positive Einschulungsempfehlung auszustellen, und somit auch Abweichungen zu normalisieren, konzeptualisieren die Schulärzte den Zeitraum zwischen Test und Einschulung als Entwicklungszeit des Kindes in unterschiedlicher Weise, entweder

- als *Wartezeit* („er könnte ja morgen schon in die Schule gehen“),
- als *selbstläufige Entwicklungszeit* („das wird sich bis zum Sommer wohl auch so geben, wenn die Zähne wieder da sind“),
- *riskante Zeit* („wenn er im Sommer immer noch so ist, kann er nicht in die Schule“),
- und vor allem als *projektierte Zeit* (eine Ärztin empfiehlt bei einem Jungen, zuhause mehr Regelspiele zu spielen, da er noch sehr ablenkbar ist; andere häufigere Themen sind: weniger Fernsehen, mehr Sport, Logopädie, Ergotherapie etc.).

Anders als bei den Vorsorgeuntersuchungen sind die Ärztinnen in den Schuleingangsuntersuchungen gezwungen, ihre Entscheidungen zur Schulempfehlung im Hier und Jetzt zu fällen, und sie können dabei nicht zwischen Vorsorge- und Behandlungsprogramm hin und her wechseln. Oben wurde beschrieben, wie gerade diese Möglichkeit des Beobachtens in Parallelstrukturen es den Ärzten in den Vorsorgen ermöglicht, die Normierungen des Programms über die Bearbeitung des zeitlich gegliederten Beobachtungsraums zu flexibilisieren. Der zeitliche Beobachtungsraum, der in den SEUen enacted wird – nämlich der Zeitpunkt von der SEU bis zur Einschulung – bleibt für die Schulärzte jedoch selbst unerreichbar und lediglich über Formen der Prognose und Projektierung von Entwicklungsverläufen ‚virtuell‘ bearbeitbar.

4.5 ‚Einheimische Entwicklungsbegriffe‘: die differenten Kontinuen der Untersuchungsprogramme

Zeigt sich also die Vorsorgepraxis auf der Ebene der Zeiten des Untersuchungsprogramms dadurch bestimmt, dass die im Vorsorgeprogramm vorgesehene Synchronisierung von chronologischem Alter – Vorsorge – Entwicklung flexibilisiert wird, so wird diese ‚Aufweichung‘ der normierenden Struktur des Untersuchungsprogramms in den Schuleingangsuntersuchungen gerade durch die engere, wenn auch virtualisierte, Koppelung von Entwicklungszeit und Programmzeit erreicht. Individualisierende Ressourcen erschließen die Schulärzte vor allem durch die Projektierung des Zeitraums bis zur Einschulung als Entwicklungszeit des Kindes.

In den Vorsorgen ist das zeitliche Kontinuum, in dem Verhaltensweisen

als Entwicklungsleistungen lokalisiert werden, also das der internen Sukzession des Programms (U1 bis U9). Hier gilt es die lineare, aber gestaffelte Zeit der Untersuchung mit der linearen Lebenszeit der Untersuchungskinder abzustimmen, wobei individuelle Beurteilungen vor allem durch die Etablierung von Parallelstrukturen (doppelte Buchführung, Verdichtung und Auslagerung von Untersuchungen und Befunden) erarbeitet werden. Die enge Koppelung von Alter – Vorsorge – Entwicklungs(fortschritt) wird dabei verdichtet, aufgelöst und gedehnt, indem der Beobachtungszeitraum selbst temporal bearbeitet wird. Aus- und Umstiege aus der Eigenzeitlichkeit des Programms werden dabei vor allem durch die beschriebenen Praktiken der Ent-Bio-Graphisierung im Umgang mit dem U-Heft vollzogen.

In den SEUen zeigt sich das Kontinuum, auf dem Verhaltensweisen lokalisiert werden, als das zwischen SEU und Einschulung; hier steht entsprechend die Koordination der periodischen Zeit der Untersuchung mit der rekursiv linearen Zeit der Untersuchungskinder als zukünftige Einschüler im Vordergrund. Individualisierende Strategien zeigen sich hier vor allem als ‚Spiel mit dem Alter‘, denn hier werden verschiedene Alterskonstrukte aufeinander bezogen, um Entwicklungsverläufe darzustellen und individuell zu beurteilen. Konzentriert sich das S-ENS auf Schüler und setzt somit das bürokratische Alter (Schulpflicht mit 6 Jahren) in ein Testnormierungsalter (5;5) um, an dem sich die Kinder als zukünftige Schüler entlang ihres jetzigen Entwicklungsalters messen lassen müssen, so wird diese Art der Differenzkonstruktion mittels der (Wieder)Einführung des Lebensalters des Kindes in die Untersuchungen flexibilisiert. Hier werden vor allem in der Schulempfehlung, die schriftlich festgehalten, aber auch gegenüber den Eltern und Kindern kommuniziert werden muss, die ermittelten Passungen oder Nicht-Passungen zwischen Entwicklungsalter und Testalter in Bezug auf das Lebensalter des Kindes interpretiert: Untersuchungskinder werden dann zu Kindern mit individuellen Stärken und Schwächen, sind bereits ‚weit‘ oder ‚noch nicht so weit‘ entwickelt und haben bis zur Einschulung entsprechend noch bestimmte Entwicklungsaufgaben zu ‚erledigen‘.

Dass diese Individualisierungspraktiken dabei vor allem in den Entscheidungssituationen auffallen, also wenn die Schulempfehlung ausgesprochen/dokumentiert oder im U-Heft altersgerechte Entwicklung attestiert werden soll, hängt dabei mit der zeitlichen Sukzession der entwicklungsdiagnostischen Praktiken selbst zusammen. Denn erst dann gilt es zu entscheiden, ob Auffälligkeiten diagnostisch weiter abgeklärt, im Sinne früher Intervention behandelt werden oder als ‚schulrelevante Befunde‘ weiter prozessiert werden sollen. Dass die Produktion von Abweichungen und Auffälligkeiten diesen Individualisierungspraktiken vorgelagert ist, haben bereits die Zeitpraktiken, welche in Abschnitt 3 beschrieben wurden, aufgezeigt. Die entwicklungsdiagnostische Praxis zeigt sich somit als eine Beobachtungspraxis, die Auffälligkeiten und Abweichungen in vielfältiger Weise produziert, um sie

dann zur Darstellung individueller Entwicklungsverläufe wiederum zu ‚normalisieren‘ – und dies heißt in Bezug auf Entwicklungsverläufe vor allem zu temporalisieren. Die enaktierten Entwicklungskonzepte der beiden entwicklungsdiagnostischen Untersuchungsformen sind entsprechend durch eine praktische Plastizität gekennzeichnet, die neben der hier weniger thematisierten Sozial- und Sachebene vor allem auch in der zeitlichen Dimension der Untersuchungsprogramme hervorgebracht und bearbeitet wird. Insofern sind die Praktiken der individuellen Beurteilung von Entwicklungsverläufen *Zeitpraktiken*.

5. Das multiple Wissensobjekt der individuell ausgerichteten Entwicklungsdiagnostik

Die hier vorgestellten Analysen nahmen ihren Ausgang von der Frage, *welche* praktischen Konzepte von Zeit und Entwicklung *wie* in entwicklungsdiagnostische Praktiken eingelagert sind bzw. wie entwicklungsdiagnostische Praktiken ihr ‚Wissensobjekt‘ formen. Zur Klärung dieser Frage wurde die Entwicklungsdiagnostik in Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen als sich zeitlich verortende kulturelle Praxis beschrieben, in welcher die Relation von praktizierten Zeitordnungen und beobachteten Entwicklungen in verschiedenen Dimensionen, auf unterschiedlichen Ebenen und mittels diverser Zeitpraktiken etabliert und bearbeitet werden. Gegenüber der zentralen ‚Technik‘ der individuell ausgerichteten Entwicklungsdiagnostik, der zukunftsensiblen Beobachtung von Entwicklungsverläufen, zeigen sich die hier beschriebenen Strategien auf die Un-Beobachtbarkeit von Entwicklungsverläufen, und damit auf das praktische wie epistemische Zeitproblem der Entwicklungsdiagnostik, bezogen.

Im Vergleich von Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen wurde der Analysebereich dabei insofern eingegrenzt, als auf die Praktiken fokussiert wurde, in denen die Eigenzeit der Entwicklungsdiagnostik – im Sinne von lokalen Vergangenheits-Gegenwarts-Zukunftsverhältnissen – und die Eigenzeit der Entwicklung – im Sinne individueller Entwicklungsverläufe – miteinander vermittelt sind. Dabei wurde deutlich, dass Entwicklungsverläufe nicht nur in den bio-graphisierenden Verlaufsdokumenten (Somatogramme, U-Heft) zugänglich werden, sondern auch durch die gegenseitige Projektion von Beobachtungszeiträumen und Entwicklungsverläufen. Eine der zentralen Darstellungsressourcen für Entwicklungsverläufe ist entsprechend die Prozessdimension der Beobachtungsformen selbst. Deshalb enactieren die beiden Formen der Entwicklungsdiagnostik weniger aufgrund differenter Überzeugungen, Programmatiken oder Verfahren, sondern v.a. auf Basis der unterschiedlicher Zeitpraktiken vor Ort, ‚einheimische‘ Entwicklungsbegrif-

fe, d.h. sie beobachten unterschiedliche Entwicklungsverläufe.

Medizinsoziologische Ethnografien haben für so unterschiedliche Körperphänomene, wie Arteriosklerose (Mol 2007), Sehbehinderung (Länger 2002) oder auch Transsexualität (Hirschauer 1993) gezeigt, dass diese in den komplexen und heterogenen Praktiken ihrer Beobachtung und Bearbeitung als sehr unterschiedliche Phänomene enaktiert werden, und daher analytisch als „biologisch definierte Phänomene innerhalb sozialer Kontexte zu relokalisieren“ sind (Länger 2002: 5). Dass es sich dabei jedoch nicht um unterschiedliche Perspektiven auf mit sich selbst identische ‚wesenhafte‘ Körperphänomene, sondern um eine „ontology in practice“ (Mol 2007) handelt, deren Leistung gerade darin liegt, komplexe Relationen zwischen den diversen ‚sites‘ von Krankheiten (als Behandlungs-, Beobachtungs-, Kommunikationsobjekte, als soziale Herausforderungen, leibliches Schmerzerleiden, epidemiologische Daten, etc.) zu ermöglichen, zeigt dabei vor allem die Studie von Mol (ebd.) auf. Erst der „body multiple“ nämlich, den sie in den unterschiedlichen Abteilungen des Krankenhauses auffindet, ist in der Lage, unterschiedliche Akteurskollektive (befragende, diagnostizierende, operierende, beratende, etc.) in die Praktiken seiner Beobachtung und Bearbeitung zu integrieren und deren Tätigkeit zu koordinieren. Oder in den Worten von Mol: „Ontology in practice comes with objects that do not so much cohere as assemble“ (ebd.: 150).

Für die Kulturanalyse von Entwicklungsdiagnostiken ist diese Perspektive auf den sich entwickelnden Kinderkörper als einen body multiple in professionellen Praktiken heuristisch ausgesprochen produktiv. So haben die dargelegten Analysen gezeigt, dass unter der mikroskopischen Betrachtung der Praxisanalyse auch das Wissensobjekt der Entwicklungsdiagnostik in verschiedene Realitäten zerfällt, welche die Beobachtungstatsache ‚Entwicklung‘ erst konstituieren und zugleich deren individuelle Beurteilung instrumentieren: als Kreuze in Grafiken, Befunde in Heften, Patienten in Praxisabläufen, Kompetenzen in Testprofilen, diverse Alter in verschiedenen zeitlichen Kontinuen, und so fort. Arbeiten jedoch die oben genannten medizinsoziologischen Studien vor allem die verschiedenen Orte heraus, in denen der body multiple in lokalen Praktiken als je bestimmtes Objekt enaktiert wird – so zum Beispiel die unterschiedlichen Abteilungen eines Krankenhauses (Mol), die speziellen Organisationen, in denen Blindheit gemessen, verwaltet oder kompensiert wird (Länger), bzw. die Labore, therapeutischen Praxen, Ämter und Operationstische, an denen eine Geschlechtsumwandlung sukzessiv vollzogen wird (Hirschauer) – so war diese räumlich-professionelle Diversifizierung des body multiple für die hier vorgestellte Analyse weniger bedeutsam. Vielmehr wurde hier eine Dimension in den Vordergrund gerückt, die bisher auch in den praxisanalytischen Studien zum „hybriden Kinder-Körper“ (Prout 2003) kaum beachtet wurde, wohingegen sie für die Rekonstruktion von entwicklungsbezogenen diagnostischen Praktiken unerläss-

lich ist: nämlich die der Heterogenität von Zeitbezügen innerhalb entwicklungsbezogener Beobachtungspraktiken, die individuelle Entwicklungsverläufe als Beobachtungstatsache vor allem als ein zeitlich multiples Wissensobjekt ‚real werden lassen‘. Diese Multiplizität drückt sich auf der Programmebene, also der zeitlichen Lagerung der Beobachtungstätigkeit selbst, vor allem in Kinderkörpern mit verschiedenen Altern, temporalisierten Entwicklungsständen, doppelten Zukünften und vorausgreifend bearbeiteten Vergangenheiten aus. Entsprechend ermöglichen es die hier beschriebenen Zeitpraktiken dem situierten entwicklungsdiagnostischen Blick nicht nur ‚Entwicklung‘ zu erkennen, wo es für ihn eigentlich nichts zu sehen gibt, sondern zeigen sich insbesondere auch als konstitutiver Bestandteil einer an individuellen Entwicklungszeiten ausgerichteten Vorsorgepraxis, welche sich selbst durch die Flexibilisierung, Projektierung und Virtualisierung ihrer ‚Eigenzeiten‘ ermöglicht. Insofern hat nicht nur jede entwicklungsdiagnostische Praxis ihre eigenen Entwicklungskonzepte, sondern kaschiert auch deren lokalen Produktionsbedingungen, da sie in den individualisierenden Normalisierungsstrategien erfolgreich eine ‚Verkörperung‘ ihrer eigenen Voraussetzungen im Kinderkörper betreibt.

Dabei wurde auch deutlich, dass entwicklungsdiagnostische Praktiken ‚Entwicklung‘ nicht nur einfach mittels bestimmter Instrumente und Methoden an Kinderkörpern ‚ablesen‘, sondern ein hybrides Beobachtungsobjekt konstituieren, das es den Ärzten/Eltern/Kinder erst erlaubt, in Zeit und Raum zu reisen, die Transformationen von Körpern, Kompetenzen und Verhaltensweisen mit den Orten und Zeiten ihrer Beobachtung und Bearbeitung zu verknüpfen und aus diesem Arrangement die situativen Ressourcen für die Früherkennung und individualisierende Entwicklungsdiagnostik zu gewinnen. Das Praktiziert-Werden dieses Beobachtungsobjektes hat der vorliegende Beitrag in seiner zeitlichen Dimension aufgezeigt, wobei ein heterogenes Netzwerk aus Dokumenten und Instrumenten, Zahlen und Gesprächen, Körpern und Programmen sichtbar wurde, welches die materialen, situierten und raum-zeitlichen Grenzen des Kinderkörpers überwindet und ihn gleichzeitig in seiner diagnostisch relevanten Gestalt überhaupt erst hervorbringt. Insofern zeigen sich entwicklungsdiagnostische Praktiken auf einen ‚Entwicklungs-Körper‘ bezogen, der individuelle Entwicklungsprozesse nicht voraussetzt, sondern diese als Gegenstand der Beobachtung in den Praktiken der Beobachtung selbst hervorbringt. Analytisch ist dieser ‚Entwicklungs-Körper‘ als Gefüge von Fraktionen und Relationen eines praktizierten body multiple zu erschließen, dessen ‚Eigenzeitlichkeit‘ in spezifischer Weise mit seinen sozialen, generationalen, diskursiven und materialen Schnittstellen verbunden ist. Im Kontext der immer weiter ausgreifenden und breiter institutionalisierten Maßnahmen zur Früherkennung von Entwicklungsrisiken in der frühen Kindheit leistet die kulturalanalytische Rekonstruktion dieser Praktiken entsprechend keinen Beitrag zur Debatte um die entwicklungslogische

„Angemessenheit“ frühdiagnostischer Konzepte und Instrumente, sondern zeigt die enaktierten Darstellungen von individuellen Entwicklungen in je spezifisch institutionalisierten Beobachtungskontexten auf.

Literaturverzeichnis

- Adler, P./Adler, P. (1997): *Constructions of deviance. Social power, context, and interaction*. Belmont: Wadsworth
- Alanen, L. (2005): Kindheit als generationales Konzept. In: Hengst, H./Zeihner, H. (Hrsg.): *Kindheit soziologisch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 65-82
- Allhoff, P. et al. (1991): *Hinweise zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Allhoff, P./Rennen-Allhoff, B. (1987): *Spezielle Tests zur motorischen Entwicklung*. In: Allhoff, P./Rennen-Allhoff, B. (Hrsg.): *Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter*. Berlin: Springer, S. 175-191
- Allhoff, P./Weidtmann, V. (1993): *Präventive Untersuchungen im Säuglings- und Kindesalter*. In: Allhoff, P./Flatten, G./Laaser, U. (Hrsg.): *Krankheitsverhütung und Früherkennung. Handbuch der Prävention*. Berlin: Springer, S. 112-123
- Alt, C. (Hrsg.) (2005a): *Kinderleben. Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen. Aufwachsen in Familien. Band 1*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Alt, C. (Hrsg.) (2005b): *Kinderleben. Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen. Band 2*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Alt, C. (Hrsg.) (2006): *Kinderleben. Integration durch Sprache? Bedingungen des Aufwachsens von türkischen, russlanddeutschen und deutschen Kindern. Band 4*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Alt, C. (Hrsg.) (2007): *Kinderleben. Start in die Grundschule. Ergebnisse aus der zweiten Welle. Band 3*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Alt, C./Schneider, S./Steinhübl, D. (2004): *Das DJI-Kinderpanel – Theorie, Design und inhaltliche Schwerpunkte*. In: *Zeitschrift für Familienforschung* Jg. 16, H. 2, S. 101-110
- Altenhofen, L. (2002): *Gesundheitsförderung durch Vorsorge: Zur Bedeutung von U1 bis J1*. In: *Bundesgesundheitsblätter – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* H. 45, S. 960-963
- Amann, K./Hirschauer, S. (1997): *Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm*. In: Amann, K./Hirschauer, S. (Hrsg.): *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 7-52
- Amann, K./Knorr Cetina, K. (1988): *The fixation of (visual) evidence*. In: *Human Studies* Jg. 11, H. 2-3, S. 133-169
- Antonovsky, A./Franke, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag
- Ariès, Ph. (1975): *Geschichte der Kindheit*. München, Wien: Hanser
- Armstrong, D. (1987): *Bodies of knowledge: Foucault and the problem of human anatomy*. In: Scambler, G. (Hrsg.): *Sociological theory and medical sociology*. London: Tavistock, S. 59-76
- Barth, K.-H. (2005⁴): *Diagnostische Einschätzskalen zur Beurteilung des Entwicklungsstandes und der Schulfähigkeit (DES)*. München: Reinhardt

- Baruch, G. (1981): Moral tales: parents' stories of encounters with the health professions. In: *Sociology of Health and Illness* Jg. 3, H. 3, S. 275-296
- Bateson, G. (1981): *Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Baum, D. (2006): *Elternschaft als Bildungsthema. Eine interdisziplinäre Untersuchung zu Grundlagen, Problemen und Perspektiven der Elternbildung im deutschsprachigen Raum einschließlich einer repräsentativen Elternbefragung in Oberösterreich.* Linz: Universitätsverlag Rudolf Trauner
- Baumann, T. (2007²): *Atlas der Entwicklungsdiagnostik. Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U10J1.* Stuttgart: Thieme
- Beck, C. (2003): Fotos wie Texte lesen: Anleitung zur sozialwissenschaftlichen Fotoanalyse. In: Ehrenspeck, Y./Schäffer, B. (Hrsg.): *Film- und Fotoanalyse in der Erziehungswissenschaft. Ein Handbuch.* Opladen: Leske + Budrich, S. 55-71
- Beck-Gernsheim, E. (2000²): *Was kommt nach der Familie? Einblicke in neue Lebensformen.* München: Beck
- Bellenberg, G./Klemm, K. (1998): Von der Einschulung bis zum Abitur. Zur Rekonstruktion von Schullaufbahnen in Nordrhein-Westfalen. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* Jg. 1, H. 4, S. 577-596
- Berg, M. (1996): Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. In: *Sociology of Health and Illness* Jg. 18, H. 4, S. 499-524
- Bergmann, J. R. (2006): Studies of work. In: Ayaß, R./Bergmann, J. R. (Hrsg.): *Qualitative Methoden der Medienforschung.* Reinbek: Rowohlt, S. 391-405
- Betz, T. (2008): *Ungleiche Kindheiten. Theoretische und empirische Analysen zur Sozialberichterstattung über Kinder.* Weinheim: Juventa
- Bissigkummer-Moos, S./Pasquale, J. (1997): Spiel und Spielgegenstände aus der Perspektive zehnjähriger Kinder. In: Renner, E. et al. (Hrsg.): *Spiele der Kinder: interdisziplinäre Annäherungen.* Weinheim: Deutscher Studienverlag, S. 140-153
- Blättner, B. (1997): Paradigmenwechsel. Von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung zur Gesundheitsausbildung und -förderung. In: Weitkunat, R./Haisch, J./Kessler, M. (Hrsg.): *Public health und Gesundheitspsychologie. Konzepte. Methoden. Prävention. Versorgung. Politik.* Bern: Huber, S. 119-125
- Bloor, M./Taraborelli, P. (1994): *Qualitative studies in health and medicine.* Aldershot: Avebury
- BMFSFJ: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009): *Motorik-Modul. Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.* Baden-Baden: Nomos
- Boehm, G. (2001³): Die Wiederkehr der Bilder. In: Boehm, G. (Hrsg.): *Was ist ein Bild?* München: Fink, S. 11-38
- Bohnsack, R. (2007): Zum Verhältnis von Bild- und Textinterpretation in der qualitativen Sozialforschung. In: Friebertshäuser, B./Felden, H. von/Schäffer, B. (Hrsg.): *Bild und Text. Methoden und Methodologien visueller Sozialforschung in der Erziehungswissenschaft.* Leverkusen: Budrich, S. 21-46
- Bollig, S. (2008a): Geburt revisited. Darstellungen von Geburt in Schuleingangsuntersuchungen. In: Wulf, C./Hänisch, A./Brumlik, M. (Hrsg.): *Das Imaginäre der Geburt. Praktiken, Narrationen und Bilder.* Paderborn: Fink, S. 270-282

- Bollig, S. (2008b): „Praktiken der Instrumentierung“. Methodologische und methodische Überlegungen zur ethnographischen Analyse materialer Dokumentationspraktiken in kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation Jg. 28, H. 3, S. 108-113
- Bollig, S./Kelle, H. (2008): Kinderkörper in der Praxis. Ein Forschungsprojekt zur Kulturanalyse von entwicklungsbezogenen kindermedizinischen Untersuchungen. In: L.O.G.O.S. interdisziplinär: Die Fachzeitschrift für Logopädie/Sprachheilkunde und angrenzende Disziplinen Jg. 16, H. 2, S. 108-113
- Bollig, S./Kelle, H. (2009): Früherkennung und Prävention von Entwicklungsstörungen: Medizinisierung und Pädagogisierung der frühen Kindheit aus praxisanalytischer Perspektive. In: Behnisch, M./Winkler, M. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Naturwissenschaft. Einflüsse, Diskurse, Perspektiven. München: Reinhardt, S. 42-57
- Bollig, S./Ott, M. (2008): Entwicklung auf dem Prüfstand. Zum praktischen Management von Normalität in Kindervorsorgeuntersuchungen. In: Kelle, H./Tervooren, A. (Hrsg.): Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung der kindlichen Entwicklung. Weinheim: Juventa, S. 207-222
- Bollig, S./Tervooren, A. (2009): Die Ordnung der Familie als Präventionsressource. Informelle Entwicklungsdiagnostik in Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen am Beispiel kindlicher Fernsehnutzung. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation Jg. 29, H. 2, S. 157-174
- Böök, M. L./Perälä-Littunen, S. (2008): 'Children need their parents more than a pizza in the fridge!' Parental response in a Finnish newspaper. In: Childhood Jg. 15, H. 1, S. 74-88
- Bös, K. (2006): Bewegungswelt und motorische Kompetenzen von Kindern. In: Kinderärztliche Praxis, Sonderheft „Kinderernährung und gesunder Lebensstil“, S. 28-30
- Bös, K. (2009): Deutscher Motorik-Test 6-18 (DMT 6-18). Erarbeitet vom ad-hoc-Ausschuss „Motorische Tests für Kinder und Jugendliche“ der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft (dsv). Hamburg: Czwalina
- Bös, K./Tittlbach, S./Pfeifer, K./Stoll, O./Woll, A. (2001^a): Teil 1: Motorische Verhaltenstests. In: Bös, K. (Hrsg.): Handbuch motorische Tests. Sportmotorische Tests, motorische Funktionstests, Fragebogen zur körperlich-sportlichen Aktivität und sportpsychologische Diagnoseverfahren. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, S. 1-207
- Bös, K./Pfeifer, K./Stoll, O./Tittlbach, S./Woll, A. (2001^b): Anhang A: Testtheoretische Grundlagen. In: Bös, K. (Hrsg.): Handbuch motorische Tests. Sportmotorische Tests, motorische Funktionstests, Fragebogen zur körperlich-sportlichen Aktivität und sportpsychologische Diagnoseverfahren. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, S. 531-569
- Bös, K./Scheid, V. (2009²): Motorische Entwicklungsdiagnostik. In: Baur, J./Bös, K./Conzelmann, A./Singer, R. (Hrsg.): Handbuch Motorische Entwicklung. Schorn-dorf: Hofmann, S. 351-370
- Breidenstein, G. (2006): Teilnahme am Unterricht. Ethnographische Studien zum Schülerjob. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Bröckling, U. (2008): Vorbeugen ist besser. Zur Soziologie der Prävention. In: Behemoth. A Journal on Civilisation Jg. 1, H. 1, S. 38-48

- Bröckling, U./Krasemann, S./Lemke T. (2000): Gouvernamentalität, Neoliberalismus, Selbsttechnologien. Eine Einleitung. In: Bröckling, U./Krasemann, S./Lemke, T. (Hrsg.): Gouvernamentalität der Gegenwart: Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 72-109
- Brüggemann, J. H. (1991): Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter (U1-U9). Erläuterungen für Eltern zum „Gelben Heft“. Stuttgart: Thieme
- Brunner, M./Schöler, H. (2002): HASE – Heidelberger Auditives Screening in der Einschulungsuntersuchung. Wertingen: Westra
- Burk, K./Mangelsdorf, M./Schoeler, U. (Hrsg.) (1998): Die neue Schuleingangsstufe: Lernen und Lehren in entwicklungsheterogenen Gruppen. Weinheim: Beltz
- Butler, J. (1997): Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Cahill, S. E. (1987): Ceremonial deviance and the acquisition of ritual competence. In: Social Psychology H. 50, S. 312-321
- Cahill, P./Papageorgiou, A. (2007): Triadic communication in the primary care paediatric consultation: a review of the literature. In: British Journal of General Practice Jg. 57, H. 544, S. 904-911
- Christensen, P./James, A. (2000): Researching children and childhood: cultures of communication. In: Christensen, P./James, A. (Hrsg.): Research with children. Perspectives and practices. London: Falmer Press, S. 1-9
- Corsaro, W. A. (1997): The sociology of childhood. Thousand Oaks, CA: Pine Forge
- Coyne, I./Hayes, E./Gallagher, P./Regan, G. (2006): Giving children a voice. Investigation of children's experiences of participation in consultation and decision-making in Irish hospitals. Dublin: Office of the Minister for Children
- Dees, W./Wenzig, C. (2003): Das Nürnberger Kinderpanel: Untersuchungsdesign und Deskription. http://www.soziologie.wiso.uni-erlangen.de/publikationen/a-u-d-papiere/a_03-05.pdf [27.04.2010]
- Dietz, S./Lisker, A. (2008): Sprachstandsfeststellung und Sprachförderung im Kindergarten. Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts. München: DJI
- DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2007): ICD-10-GM Version 2008. Band I: Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft
- Döpfner, M./Dietmair, I./Mersmann, H./Simon, K./Trost-Brinkhues, G. (2004): Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen (S-ENS). Instruktion. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie
- Döpfner, M./Dietmair, I./Mersmann, H./Simon, K./Trost-Brinkhues, G. (2005): Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen (S-ENS). Theoretische und statistische Grundlagen. Manual. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie
- Dulmen, A. M. van (1998): Children's contribution to pediatric outpatient consultations. In: Pediatrics H. 3, S. 563-568
- Dulmen, S. van (2004): Pediatrician-parent-child communication: problem-related or not? In: Patient Education and Counseling Jg. 52, H. 1, S. 61-68
- Eco, U. (1990): Lector in fabula. Die Mitarbeit der Interpretation in erzählenden Texten. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

- Ehlich, K. (Hrsg.) (2005): Anforderungen an Verfahren der regelmäßigen Sprachstandsfeststellung als Grundlage für die frühe und individuelle Förderung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung
- Einsiedler, W. (1990): Das Spiel der Kinder. Zur Pädagogik und Psychologie des Kinderspiels. Tübingen: Klinkhardt
- Emerson, R. M./Fretz, R. I./Shaw, L. L. (1995): Writing ethnographic fieldnotes. Chicago: University of Chicago Press
- Esser, G./Schlack, H.G. (2003): Umschriebene Entwicklungsstörungen: Bedeutung und langfristiger Verlauf. In: Kinderärztliche Praxis H. 5, S. 304-315
- Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen, Verfahren, Neuentwicklungen, Screenings. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Featherstone, M./Hepworth, M. (1998): Ageing, the lifecourse, and the sociology of embodiment. In: Scambler, G./Higgs, P. (Hrsg.): Modernity, medicine, and health: medical sociology towards 2000. London: Routledge, S. 147-175
- Feuser, G. (1989): Allgemeine integrative Pädagogik und entwicklungslogische Didaktik. In: Behindertenpädagogik Jg. 28, H. 1, S. 4-48
- Flammer, A. (2005): Time in developmental psychology: development in time. In: Perret-Clermont, A.-N. (Hrsg.): Thinking time. A multidisciplinary perspective on time. Washington und Göttingen: Hogrefe, S. 95-97
- Flehmig, I. (Hrsg.) (2007⁷): Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen. Früherkennung und Frühbehandlung. Stuttgart: Thieme
- Flehmig, I./Schloon, M./Uhde, J./Bernuth, H. von (1973): Denver Entwicklungsskalen. Testanweisung (dt. Fassung). Hamburg: Harburger Spastikerverein
- Flitner, A. (2009³): Spielen – Lernen. Praxis und Deutung des Kinderspiels. Weinheim: Beltz
- Forray, J. M./Woodilla, J. (2002): Temporal spans in talk: doing consistency to construct fair organization. In: Organization Studies Jg. 23, H. 6, S. 899-916
- Foucault, M. (1981): Archäologie des Wissens. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Foucault, M. (1994⁹): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Fox, A.V. (2003): Kindliche Aussprachestörungen. Idstein: Schulz-Kirchner
- Friebertshäuser, B./Felden, H. von/Schäffer, B. (Hrsg.) (2007): Bild und Text. Methoden und Methodologien visueller Sozialforschung in der Erziehungswissenschaft. Leverkusen: Budrich
- Fried, L. (2004): Expertise zu Sprachstandserhebungen für Kindergartenkinder und Schulanfänger. Eine kritische Betrachtung. Erstellt im Rahmen des Projekts „Schlüsselkompetenz Sprache – Bundesweite Recherche zu Maßnahmen und Aktivitäten im Bereich der sprachlichen Bildung und Sprachförderung in Tageseinrichtungen für Kinder“. http://cgi.dji.de/bibs/271_2232_ExpertiseFried.pdf [27.01.2009]
- Fried, L. (2009): Sprachkompetenzmodell Delfin 4. Testmanual (1. Teil). http://www.delfin4.fb12.uni-dortmund.de/downloads/Sprachkompetenzmodell_Jan2009.pdf [06.03.2010]
- Fuchs, P. (2008): Prävention – Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuversicht. In: Saake, I./Vogd, W. (Hrsg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 363-378

- Fuhs, B. (1997): Sehen und Beschreiben. Ethnographische Methoden in der Erziehungswissenschaft. In: *Der pädagogische Blick* Jg. 3, H. 5, S. 131-140
- Gabe, J./Olumide, G./Bury, M. (2004): 'It takes three to tango': a framework for understanding patient partnership in paediatric clinics. In: *Social Science and Medicine* Jg. 59, H. 5, S. 1071-1079
- Garfinkel, H. (1967): *Studies in ethnomethodology*. New Jersey: Prentice-Hall
- Geertz, C. (Hrsg.) (1987): *Dichte Beschreibung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Gerhard, U./Link, J./Schulte-Holtey, E. (Hrsg.) (2001): *Infografiken, Medien, Normalisierung. Zur Kartografie politisch-sozialer Landschaften*. Heidelberg: Wissenschaftsverlag der Autoren
- Gherardi, S./Strati, A. (1988): The temporal dimension in organization studies. In: *Organization Studies* Jg. 9, H. 2, S. 149-164
- Glück, C.W. (2000): *Kindliche Wortfindungsstörungen*. Frankfurt a.M.: Lang
- Goffman, E. (1971): *Verhalten in sozialen Situationen. Strukturen und Regeln der Interaktion im öffentlichen Raum*. Gütersloh: Bertelsmann
- Goffman, E. (1973): *Interaktion. Spaß am Spiel. Rollendistanz*. München: Piper
- Goffman, E. (1977): *Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Goffman, E. (1980): *Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Goffman, E. (1982): *Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Goffman, E. (1986): *Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Goffman, E. (1994): *Die Interaktionsordnung*. In: Knoblauch, H. (Hrsg.): *Interaktion und Geschlecht*. Frankfurt a.M.: Campus, S. 50-104
- Goffman, E. (2003⁶, Orig. 1959): *Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag*. München: Piper
- Grimm, H. (unter Mitarbeit von M. Aktas und U. Kießig) (2003): *SSV. Sprachscreening für das Vorschulalter. Kurzform des SETK 3-5*. Göttingen: Hogrefe
- Grimm, H./Aktas, M./Jungmann, T. et al. (2004): *Sprachscreening im Vorschulalter: Wie viele Kinder brauchen tatsächlich Sprachförderung?* In: *Frühförderung interdisziplinär* Jg. 23, H. 3, S. 108-117
- Gülich, E. (1999): „Experten“ und „Laien“: der Umgang mit Kompetenzunterschieden am Beispiel medizinischer Kommunikation. In: *Union der deutschen Akademien der Wissenschaften: Sächsische Akademie der Wissenschaften zu Leipzig (Hrsg.): Werkzeug Sprache. Sprachpolitik, Sprachfähigkeit, Sprache und Macht*. Hildesheim: Olms, S. 165-196
- Hafen, M. (2005): *Systemische Prävention – Grundlagen für eine Theorie präventiver Maßnahmen*. Heidelberg: Auer
- Hafen, M. (2007¹): *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Heidelberg: Auer
- Hall, D./Elliman, D. (2003, überarb.2006): *Health for all children*. 4th ed. rev., USA: Oxford University Press
- Halldén, G. (2005): *The metaphors of childhood in a preschool context*. (Paper presented at AARE conference, Sydney, 27 Nov – 1 Dec 2005). <http://www.aare.edu.au/05pap/hal05001.pdf> [12.03.2009]

- Hammersley, M./Atkinson, P. (1995): *Ethnography. Principles in practice*. London, New York: Routledge
- Hampshire, A. J./Blair, M. E./Crown, N. S./Avery, A. J./Williams, E. I. (2004): Variation in how mothers, health visitors and general practitioners use the Personal Child Health Record. In: *Child: Care, Health and Development* Jg. 30, H. 4, S. 307-316
- Hannken-Illjes, K. (2007): Temporalities and materialities. Introduction to the thematic issue on time and discourse. In: *Forum Qualitative Sozialforschung - Forum: Qualitative Social Research* [Online Journal] Jg. 8, H. 1, Art. 29. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-07/07-1-29-e.htm> [24.04.2010]
- Harder, M./Christensson, K./Söderbäck, M. (2009): Exploring three-year-old children in a primary child health care situation. In: *Journal of Child Health Care* Jg. 13, H. 4, S. 383-400
- Heath, C./Luff, P. (2000): *Technology in action*. Cambridge: Cambridge University Press
- Hellbrügge, T./Lajosi, F./Menara, D./Schamberger, R./Rautenstrauch, T. (1994³): *Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik: Erstes Lebensjahr*. Lübeck: Hansisches Verlagsskontor
- Hirschauer, S. (1993): *Die soziale Konstruktion der Transsexualität: Über die Medizin und den Geschlechtswechsel*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Höffer-Mehlmer, M. (2003): *Elternratgeber. Zur Geschichte eines Genres*. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren
- Holle, B. (2000⁴): *Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes: Ein praktisches Lehrbuch für die Arbeit mit normalen und retardierten Kindern*. Basel: Beltz
- Holler-Zittlau, I./Dux, W./Berger, R. (2006²): *Marburger Sprach-Screening für 4- bis 6-jährige Kinder (MSS). Ein Sprachprüfverfahren für Kindergarten und Schule*. Bergedorfer Förderdiagnostik. Bergedorf: Persen
- Honig, M.-S. (1999): *Entwurf einer Theorie der Kindheit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Horn, E. (2002): Test und Theater. Zur Anthropologie der Eignung im 20. Jahrhundert. In: Bröckling, U./Horn, E. (Hrsg.): *Anthropologie der Arbeit*. Tübingen: Narr, S. 109-125
- Hungerland, B. (2002): *Wie viel Zeit für's Kind? Zur gesellschaftlichen Produktion generationaler Ordnung durch elterliche Zeitinvestition*. Inauguraldissertation. Bergische Universität Wuppertal, Fachbereich Erziehungswissenschaften. <http://elpub.bib.uni-wuppertal.de/edocs/dokumente/fbg/paedagogik/diss2002/hungerland/index.html;internal&action=buildframes.action> [10.05.2008]
- Hungerland, B. (2003): „Und so gedeiht das Baby!“ Altersgerechte Entwicklung und Gesundheit als gesellschaftliche Norm und Leistung. In: Hengst, H./Kelle, H. (Hrsg.): *Kinder – Körper – Identitäten. Theoretische und empirische Annäherungen an kulturelle Praxis und sozialen Wandel*. Weinheim: Juventa, S. 139-160
- Hurrelmann, K./Laaser, U. (1998): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, München: Juventa
- Ingenkamp, K./Lissmann, U. (2005⁵): *Lehrbuch der Pädagogischen Diagnostik*. Weinheim: Beltz
- James, A. (2000): Embodied being(s): understanding the self and the body in childhood. In: Prout, A. (Hrsg.): *The body, childhood, and society*. Houndsmill: Macmillan, S. 19-37

- Jeuk, S. (2006): Sprachstandsmessung bei Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache zum Zeitpunkt der Einschulung. In: *Didaktik Deutsch* Jg. 10, H. 20, S. 52-69
- Jeuk, S. (2009): Probleme der Sprachstandserhebung bei mehrsprachigen Kindern. In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* Jg. 29, H. 2, S. 141-156
- Joos, M. (2001): Die soziale Lage der Kinder. Sozialberichterstattung über die Lebensverhältnisse von Kindern in Deutschland. Weinheim: Juventa
- Jung, P. (2009): Kindertageseinrichtungen zwischen pädagogischer Ordnung und den Ordnungen der Kinder. Weinheim: Juventa
- Kade, J./Seitter, W. (2007): Wissensgesellschaft – Umgang mit Wissen – Universalisierung des Pädagogischen. Theoretischer Begründungszusammenhang und projektbezogener Aufriss. In: Kade, J./Seitter, W. (Hrsg.): *Umgang mit Wissen. Recherchen zur Empirie des Pädagogischen*. Opladen: Budrich, S. 15-42
- Kalthoff, H. (2003): Beobachtende Differenz. Instrumente der ethnografisch-soziologischen Forschung. In: *Zeitschrift für Soziologie* Jg. 32, H. 1, S. 70-90
- Kammermeyer, G. (2000): Schulfähigkeit: Kriterien und diagnostische/prognostische Kompetenz von Lehrerinnen, Lehrern und Erzieherinnen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Kany, W./Schöler, H. (2007): Fokus: Sprachdiagnostik. Leitfaden zur Sprachstandsbestimmung im Kindergarten. Berlin: Cornelsen
- Kelle, H. (2001a): The discourse of 'development'. How 9 to 12-year-old school children construct 'childish' and 'further developed' identities within their peer culture. In: *Childhood. A Global Journal of Child Research* Jg. 8, H. 1, S. 95-114
- Kelle, H. (2001b): Ethnographische Methodologie und Probleme der Triangulation. Am Beispiel der 'Peer Culture' Forschung bei Kindern. In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* Jg. 21, H. 2, S. 192-208
- Kelle, H. (2006a): Bedeutungswandel der ärztlichen Schuleingangsuntersuchungen. In: *Grundschule aktuell* H. 93, 1. Quartal, S. 24-26
- Kelle, H. (2006b): Sprachtests – ethnographisch betrachtet. Ein Beitrag zur Kulturanalyse frühdiagnostischer Testverfahren. In: *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* Jg. 7, H. 2, S. 271-291
- Kelle, H. (2007a): Ärztliche Schuleingangsuntersuchungen. In: *Grundschulzeitschrift* Jg. 20, H. 11, S. 32-34
- Kelle, H. (2007b): „Altersgemäße Entwicklung“ als Maßstab und Soll. Zur praktischen Anthropologie kindermedizinischer Vorsorgeuntersuchungen. In: *Zeitschrift für Pädagogik* Jg. 52, Beiheft, S. 110-122
- Kelle, H. (2007c): „Ganz Normal“: Die Repräsentation von Kinderkörpernormen in Somatogrammen. Eine praxisanalytische Exploration kinderärztlicher Vorsorgeinstrumente. In: *Zeitschrift für Soziologie* Jg. 36, H. 3, S. 197-216
- Kelle, H. (2008): „Normale“ kindliche Entwicklung als kulturelles und gesundheitspolitisches Projekt. In: Kelle, H./Tervooren, A. (Hrsg.): *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung der kindlichen Entwicklung*. Weinheim: Juventa, S. 187-205
- Kelle, H. (2009a): Kindliche Entwicklung und die Prävention von Entwicklungsstörungen. Die frühe Kindheit im Fokus der childhood studies. In: Honig, M.-S. (Hrsg.): *Ordnungen der Kindheit. Problemstellungen und Perspektiven der Forschung*. Weinheim: Juventa, S. 71-96

- Kelle, H. (2009b): Kulturen der Entwicklungsdiagnostik. Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation Jg. 29, H. 2, S. 115-121
- Kelle, H. (2010): Die Komplexität der Wirklichkeit als Problem qualitativer Forschung. In: Friebertshäuser, B./Langer, A./Prenzel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Juventa, S. 101-118
- Kelle, H./Breidenstein, G. (1996): Kinder als Akteure. Ethnographische Ansätze in der Kindheitsforschung. In: Zeitschrift für Erziehungssoziologie Jg. 16, H. 1, S. 47-67
- Kelle, H./Jancsó, J. (2010¹): Kinder als Mitwirkende in medizinischen Vorsorgeuntersuchungen. Zur Enkulturation in entwicklungsdiagnostischen Verfahren. In: Heinzel, F./Panagiotopoulou, A. (Hrsg.): Qualitative Bildungsforschung im Elementar- und Primarbereich. Bedingungen und Kontexte kindlicher Lern- und Entwicklungsprozesse. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren, S. 132-150
- Kiphard, E. J./Schilling, F. (1974): Körperkoordinationstest für Kinder KTK. Manual von Friedhelm Schilling. Weinheim: Beltz Test
- Knoblauch, H. (1994): Erving Goffmans Reich der Interaktion. In: Knoblauch, H. (Hrsg.): Interaktion und Geschlecht. Frankfurt a.M.: Campus, S. 7-49
- Knoblauch, H. (2010): Von der Kompetenz zur Performanz. Wissenssoziologische Aspekte der Kompetenz. In: Kurtz, T./Pfadenhauer, M. (Hrsg.): Soziologie der Kompetenz. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 237-255
- Knorr Cetina, K. (2002): Wissenskulturen: ein Vergleich naturwissenschaftlicher Wissensformen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Kontopodis, M. (2007a): Fabrication of times and micro-formation of discourse at a secondary school. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research [Online Journal] Jg.8, H.1, Art.11. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0701119> [05.05.2010]
- Kontopodis, M. (2007b): Human development as semiotic-material ordering: sketching a relational developmental psychology. In: Critical Social Studies Jg. 9, H. 1, S. 5-20
- Koops, W. (2005): Are we at the end of the 'century of the child'? Historical changes on theorizing on child development. In: Perret-Clermont, A.-N. (Hrsg.): Thinking time. A multidisciplinary perspective on time. Washington und Göttingen: Hogrefe, S. 124-133
- Koselleck, R. (2003): Zeitschichten. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Krappmann, L./Oswald, H. (1995): Alltag der Schulkinder. Weinheim: Juventa
- Kratzsch, W. (2000): Rechtzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen im frühen Kindesalter aus medizinischer/klinischer Sicht. In: Verein für Kommunalwissenschaften (Hrsg.): Aktuelle Beiträge zur Kinder- und Jugendhilfe, S. 12-24
- Kretschmer, J./Wirsching, D. (2004): Zum Einfluss der veränderten Kindheit auf die motorische Leistungsfähigkeit. (unveröff. Artikel). <http://www2.erzwiss.uni-hamburg.de/personal/kretschmer/kretschmer.htm> [22.04.2010]
- Lachmund, J./Stollberg, G. (Hrsg.) (1992): The social construction of illness. Illness and medical knowledge in past and present. Stuttgart: Steiner
- Langer, A./Ott, M./Wrana, D. (2006): Die Verknappung des Selbst. Stellenanzeigen und ihre Transformation in steuerungsrelevantes Wissen. In: Weber, S./Maurer, S. (Hrsg.): Gouvernementalität und Erziehungswissenschaft. Wissen –

- Macht – Transformation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 281-300
- Länger, C. (2002): Im Spiegel von Blindheit: eine Kulturosoziologie des Sehannes. Stuttgart: Lucius
- Langness, A. (2006): Früherkennungsuntersuchungen bei sozial benachteiligten Kindern. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Akzeptanz der U1 bis U9. Dissertation
- Langness, A. (2007): Prävention bei sozial benachteiligten Kindern. Eine Studie zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Bern: Huber
- Largo, R. H. (2004a): Entwicklung der Motorik. In: Schlack, H. G. (Hrsg.): Entwicklungspädiatrie: Wichtiges kinderärztliches Wissen über die ersten 6 Lebensjahre. München: Marseille, S. 23-34
- Largo, R. H. (2004b): Entwicklung des Spielverhaltens. In: Schlack, H. G. (Hrsg.): Entwicklungspädiatrie: Wichtiges kinderärztliches Wissen über die ersten 6 Lebensjahre. München: Marseille, S. 29-56
- Largo, R. H. (2004c): Was ist „normal“ in der Entwicklung? In: Schlack, H. G. (Hrsg.): Entwicklungspädiatrie: Wichtiges kinderärztliches Wissen über die ersten 6 Lebensjahre. München: Marseille, S. 17-21
- Latour, B. (1987): Science in action. How to follow scientists and engineers through society. Milton Keynes: Open University Press
- Latour, B. (1991): Wir sind nie modern gewesen: Versuch einer symmetrischen Anthropologie. Berlin: Akademie Verlag
- Latour, B. (2002): Die Hoffnung der Pandora: Untersuchungen zur Wirklichkeit der Wissenschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Latour, B. (2005): Trains of thought. The fifth dimension of time and its fabrication. In: Perret-Clermont, A.-N. (Hrsg.): Thinking time. A multidisciplinary perspective on time. Washington und Göttingen: Hogrefe, S. 173-187
- Latour, B./Woolgar, S. (1979): Laboratory life. The social construction of scientific facts. Beverley Hills: Sage
- Law, J./Mol, A. (Hrsg.) (2002): Complexities. Social studies of knowledge practices. London: Duke University Press
- Lemke, T. (2004): Test. In: Bröckling, U./Krasmann, S./Lemke, T. (Hrsg.): Glossar der Gegenwart. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 263-270
- Lenz, K. (1991): Erving Goffman – Werk und Rezeption. In: Hettlage, R./Lenz, K. (Hrsg.): Erving Goffman – ein soziologischer Klassiker der zweiten Generation, Bern et al., S. 25-93
- Leu, H. R. (2002): Sozialberichterstattung von Kindern. Opladen: Leske + Budrich
- Leu, H. R. (2008): Beobachtung in Bildungs- und Lernprozessen der frühpädagogischen Praxis. In: Thole, W./Rossbach, H.-G./Fölling-Albers, M./Tippelt, R. (Hrsg.): Bildung und Kindheit. Opladen: Budrich, S. 165-179
- Link, J. (2008): Zum diskursanalytischen Konzept des flexiblen Normalismus. Mit einem Blick auf die kindliche Entwicklung am Beispiel der Vorsorgeuntersuchungen. In: Kelle, H./Tervooren, A. (Hrsg.): Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung der kindlichen Entwicklung. Weinheim: Juventa, S. 59-72
- Lüders, C. (1994): Pädagogisches Wissen für Eltern. Erziehungswissenschaftliche Gehversuche in einem unwegsamem Gelände. In: Krüger, H.-H./Rauschenbach,

- T. (Hrsg.): Erziehungswissenschaft. Die Disziplin am Beginn einer neuen Epoche. Weinheim, München: Juventa, S. 163-184
- Lüdtke, U./Kallmeyer, K. (2007a): Vorschulische Maßnahmen zur Sprachstandserhebung und Sprachförderung in den deutschen Bundesländern: Wissenschaftliche Vorschläge zur Optimierung bildungspolitischer Initiativen. In: Die Sprachheilarbeit Jg. 52, H. 6, S. 244-260
- Lüdtke, U./Kallmeyer, K. (2007b): Kritische Analyse ausgewählter Sprachstandserhebungsverfahren für Kinder vor Schuleintritt aus Sicht der Linguistik, Diagnostik und Mehrsprachigkeitsforschung. In: Die Sprachheilarbeit Jg. 52, H. 6, S. 261-278
- Luhmann, N. (1990): Der medizinische Code. In: Luhmann, N. (Hrsg.): Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven. Opladen, S. 183-195
- Luhmann, N. (2003, unveränd. Nachdr. d. Ausg. von 1991): Soziologie des Risikos. Berlin: de Gruyter
- Macha, T. (2010): Glossar: Entwicklungsdiagnostik. <http://www.entwicklungsdiagnostik.de/glossar.html> [14.06.2010]
- Macha, T./Petermann, F. (2003): Strategien in der testgestützten allgemeinen Entwicklungsdiagnostik. In: Monatsschrift Kinderheilkunde Jg. 151, H. 1, S. 6-13
- Macha, T./Petermann, F. (2006): Entwicklungsdiagnostik. In: Petermann, F./Eid, M. (Hrsg.): Handbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe, S. 594-602
- Macha, T./Petermann, F./Stein, I. A. (2000): Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6. Frankfurt a.M.: Swets Test Services
- Manhart, S./Rustemeyer, D. (2004): Die Form der Pädagogik. Der Schematismus „Bildung – Hilfe“ als Differential pädagogischer Expansion. In: Zeitschrift für Pädagogik Jg. 50, H. 2, S. 266-285
- Marx, P./Weber, J./Schneider, W. (2005): Phonologische Bewusstheit und ihre Förderung bei Kindern mit Störungen der Sprachentwicklung. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie Jg. 37, H. 2, S. 80-90
- Maturana, H. (1997): Die Natur der Zeit. In: Gimmler, A./Sandbothe, M./Zimmerli, W. C. (Hrsg.): Die Wiederentdeckung der Zeit. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, S. 114-125
- Merkle, T./Wippermann, C. (2008): Eltern unter Druck. Selbstverständnisse, Befindlichkeiten und Bedürfnisse von Eltern in verschiedenen Lebenswelten. Henry-Huthmacher, C./Borchard, M. (Hrsg.) Berlin: Lucius
- Meuser, M./Nagel, U. (1997): Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Frieberthäuser, B./Prenzel, A. (Hrsg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa, S. 481-491
- Michaelis, R. (2004): Neurobiologische Grundlagen und Theorien zur sensomotorischen Entwicklung. In: Biewald, F. (Hrsg.): Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte. München: Urban & Fischer, S. 42-54
- Michaelis, R./Krägeloh-Mann, I./Haas, G. (1989): Beurteilung der motorischen Entwicklung im frühen Kindesalter. In: Karch, D./Michaelis, R./Rennen-Allhoff, B./Schlack, H. G. (Hrsg.): Normale und gestörte Entwicklung. Kritische Aspekte zu Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer, S. 1-15
- Michaelis, R./Niemann, G.W. (1999²): Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie. Stuttgart: Thieme

- Miebach, B. (2006²): Soziologische Handlungstheorie. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Mitchell, W. J. T. (1997): The pictorial turn. In: Kravagna, C. (Hrsg.): Privileg Blick. Kritik der visuellen Kultur. Berlin: Ed. ID-Archiv, S. 15-40
- Mol, A. (2002): Cutting surgeons, walking patients: some complexities involved in comparing. In: Law, J./Mol, A. (Hrsg.): Complexities. Social studies of knowledge practices. London: Duke University Press, S. 218-257
- Mol, A. (2007³): The body multiple – ontology in medical practice. Durham: Duke University Press
- Naujok, N. (2000): Schülerkooperation im Rahmen von Wochenplanunterricht. Analyse von Unterrichtsausschnitten aus der Grundschule. Weinheim: Deutscher Studienverlag
- Neuhäuser, G./Ohrt, B. (2004): Das motorisch ungeschickte Kind. In: Schlack, H. G. (Hrsg.): Entwicklungspädiatrie: Wichtiges kinderärztliches Wissen über die ersten 6 Lebensjahre. München: Marseille, S. 141-148
- Neumann, K./Holler-Zittlau, I./Minnen, S. von/Sick, U./Euler, H. A. (2007): Das Kinder-Sprach-Screening (KiSS) – das hessische Verfahren zur Feststellung des Sprachstandes vierjähriger Kinder. <http://www.psychologie.uni-kassel.de/personal/euler/Sprachscreening.pdf> [08.03.2010]
- Neumann-Braun, K./Deppermann, A. (1998): Ethnographie der Kommunikationskulturen Jugendlicher. Zur Gegenstandskonzeption und Methodik der Untersuchung von Peer-Groups. In: Zeitschrift für Soziologie Jg. 27, H. 4, S. 239-255
- Niewöhner, J. (2008): Die zeitlichen Dimensionen von Fett. Körperkonzepte zwischen Prägung und Lebensstil. In: Niewöhner, J./Kehl, C./Beck, S. (Hrsg.): Wie geht Kultur unter die Haut? Bielefeld: transcript, S. 113-142
- Nyström, K.: Experiences of parenthood and parental support during the child's first year. Boden: Lulea University of Technology
- Oelkers, J. (1995): Pädagogische Ratgeber: Erziehungswissen in populären Medien. Frankfurt a.M.: Diesterweg
- Oelkers, N. (2007): Aktivierung von Elternverantwortung: Zur Aufgabenwahrnehmung in Jugendämtern nach dem neuen Kindschaftsrecht. Bielefeld: transcript
- Oerter, R. (1993): Psychologie des Spiels. Ein handlungstheoretischer Ansatz. München: Quintessenz
- Olin Lauritzen, S. (1997): Notions of child health: mothers' accounts of health in their young babies. In: Sociology of Health and Illness Jg. 19, H. 4, S. 436-456
- Olin Lauritzen, S./Sachs, L. (2001): Normality, risk and the future: implicit communication of threat in health surveillance. In: Sociology of Health and Illness Jg. 23, H. 4, S. 497-516
- Olk, T. (2007): Kinder im Sozialinvestitionsstaat. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation Jg. 27, H. 1, S. 43-57
- Opper, E./Worth, A./Bös, K. (2005): Kinderfitness – Kindergesundheit. In: Bundesgesundheitsblätter – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Jg. 48, H. 8, S. 854-862
- Opper, E./Worth, A./Wagner, M./Bös, K. (2007): Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblätter – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Jg. 50, H. 5/6, S. 879-888

- Ott, M. (2010): Aktivieren von (In-)Kompetenz. Praktiken im Profiling – eine machtanalytische Ethnographie. Konstanz: UVK
- Ott, M./Wrana, D. (2010): Gouvernamentalität diskursiver Praktiken. Zur Methodologie der Analyse von Machtverhältnissen am Beispiel einer Maßnahme zur Aktivierung von Erwerbslosen. In: Angermüller, J./Dyk, S. van (Hrsg.): Diskursanalyse meets Gouvernamentalitätsforschung. Methodisch-methodologische Perspektiven zum Verhältnis von Subjekt, Sprache, Macht und Wissen. Frankfurt a.M.: Campus (i.Ersch.)
- Parry, O./Pill, R. (1994): 'I don't tell him how to live his life': The doctor/patient encounter as an educational context. In: Bloor, M. /Taraborelli, P. (Hrsg.): Qualitative studies in health and medicine. Aldershot: Avebury, S. 5-21
- Pass, C. (2001): Inanspruchnahme des Mutter-Kind-Passes. Ein Beispiel für die Wechselwirkung zwischen sozialer Lage und Gesundheit? Linz: Oberösterreich. Gebietskrankenkasse
- Pfeifer, K./Bös, K./Tittlbach, S./Stoll, O./Woll, A. (2001²): Teil 2: Motorische Funktionstests. In: Bös, K. (Hrsg.): Handbuch motorische Tests. Sportmotorische Tests, motorische Funktionstests, Fragebogen zur körperlich-sportlichen Aktivität und sportpsychologische Diagnoseverfahren. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, S. 209-391
- Piaget, J. (1969¹): Nachahmung, Spiel und Traum. Die Entwicklung der Symbolfunktion beim Kinde. Stuttgart: Klett
- Pilarczyk, U./Mietzner, U. (2003): Methoden der Fotografieanalyse. In: Ehrenspeck, Y./Schäffer, B. (Hrsg.): Film- und Fotoanalyse in der Erziehungswissenschaft. Ein Handbuch. Opladen: Leske + Budrich, S. 19-36
- Pilarczyk, U./Mietzner, U. (2005): Das reflektierte Bild. Die seriell-ikonografische Fotoanalyse in den Erziehungs- und Sozialwissenschaften. Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Place, B. (2000): Constructing the bodies of ill children in the intensive care unit. In: Prout, A. (Hrsg.): The Body, childhood, and society. Houndsmill: Macmillan, S. 172-194
- Prout, A. (2003): Kinder-Körper: Konstruktion, Agency und Hybridität. In: Hengst, H./Kelle, H. (Hrsg.): Kinder – Körper – Identitäten. Theoretische und empirische Annäherungen an kulturelle Praxis und sozialen Wandel. Weinheim: Juventa, S. 33-50
- Pulman-Jones, S. (2001): Observing other observers: anthropological fieldwork in a unit for children with chronic emotional and behavioural problems. In: Gellner, D.N./Hirsch, E. (Hrsg.): Inside organizations: anthropologists at work. Oxford, New York: Oxford International Publishers, S. 117-135
- Reckwitz, A. (2003): Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken: Eine sozialtheoretische Perspektive. In: Zeitschrift für Soziologie Jg. 32, H. 4, S. 282-301
- Reh, S./Rabenstein, K. (2009): Die pädagogische Normalisierung der „selbstständigen Schülerin“ und die Pathologisierung des „Unaufmerksamen“. Eine diskursanalytische Skizze. In: Bilstein, J./Ecarius, J. (Hrsg.): Standardisierung – Kanonisierung. Erziehungswissenschaftliche Reflexionen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 159-180
- Reichenbach, C. (2006): Bewegungsdiagnostik in Theorie und Praxis. Bewegungsdiagnostische Verfahren und Modelle. Bedeutung für Praxis und Qualifizierung. Basel: Borgmann Media

- Reuner, G./Pietz, J. (2006): Entwicklungsdiagnostik im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Monatsschrift Kinderheilkunde H. 154, S. 305-313
- Rheinberger, H. J. (1997): Von der Zelle zum Gen. Repräsentationen der Molekularbiologie. In: Rheinberger, H. J./Wahrig-Schmidt, B./Hagner, M. (Hrsg.): Räume des Wissens. Repräsentation, Codierung, Spur. Berlin: Akdademie Verlag, S. 265-280
- Richter, S. (1999): „Schulfähigkeit des Kindes“ oder „Kindfähigkeit der Schule“? In: Brügelmann, H./Fölling-Albers, M./Richter, S./Speck-Hamdan, A. (Hrsg.): Jahrbuch Grundschule. Seelze: Arbeitskreis Grundschule, S. 7-29
- RKI: Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2007): Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Bd. 50, H. 5/6.
http://www.kiggs.de/experten/downloads/Basispublikation/Inhalt_KiGGS_Basispublikation_MaiJuni.pdf [16.01.2009]
- Rollet, C. (2003): History of the health notebook in France. A stake for mothers, doctors and state. In: Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam Jg. 23, S. 143-166
- Rollet, C. (2004): Le carnet de santé pour les enfants en Europe. In: Medicina&Storia. Rivista di Storia della Medicina e della Sanità. Jg. 4, H. 7, S. 31-55
- Roßbach, H.-G./Tietze, W. (1996): Schullaufbahnen in der Primarstufe. Eine empirische Untersuchung zu Integration und Segregation von Grundschulern. Münster: Waxmann
- Rustemeyer, D. (2003): Kritik als Gewohnheit. In: Rustemeyer, D. (Hrsg.): Erziehung in der Moderne. Würzburg: Königshausen und Neumann, S. 289-323
- Rustemeyer, D. (2005): Übergänge. In: Rustemeyer, D. (Hrsg.): Formfelder. Würzburg: Königshausen und Neumann, S. 177-210
- Scheffer, T. (2002): Das Beobachten als sozialwissenschaftliche Methode. Von den Grenzen der Beobachtbarkeit und ihrer methodischen Bearbeitung. In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Bern: Huber, S. 351-374
- Scheffer, T. (2007): Event and process: an exercise in analytical ethnography. In: Human Studies Jg. 30, H. 3, S. 167-197
- Scheffer, T. (2008): Zug um Zug und Schritt für Schritt. Annäherungen an eine transsequentielle Analytik. In: Kalthoff, H. (Hrsg.): Theoretische Empirie. Zur Relevanz qualitativer Forschung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 368-398
- Scheffer, T./Niewöhner, J. (2008): Thick comparison – how ethnography produces comparability. Special issue in: Comparative Sociology Jg. 7, H. 3, S. 273-285
- Schlack, H. G. (2003): Das motorisch ungeschickte Kind. Nosologie, Diagnostik, Therapie. In: Kinderärztliche Praxis H. 8, S. 506-515
- Schmid, M. (2008): Erziehungsratgeber in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts – eine vergleichende Analyse. Kontinuität und Diskontinuität im Mutterbild sowie der (früh-)kindlichen Pflege und Erziehung in ausgewählten Erziehungsratgebern der Weimarer Republik und der NS-Zeit. Berlin: Weißensee
- Schnieders, G./Konor, A. (2005): Eine Synopse aktueller Verfahren zur Sprachstandsfeststellung. In: Ehlich, K. (Hrsg.): Anforderungen an Verfahren der regelmäßigen Sprachstandsfeststellung als Grundlage für die frühe und individuelle Förderung von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung, S. 261-342
- Schrey-Dern, D. (2006): Sprachentwicklungsstörungen. Stuttgart: Thieme

- Seitz, S. (2004): Zur Vielfalt von Entwicklungszeiten. In: Carle, U./Unckel, A. (Hrsg.): Entwicklungszeiten – Forschungsperspektiven für die Grundschule. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 154-159
- Silverman, D. (1981): The child as a social object: down's syndrome children in a pediatric cardiology clinic. In: *Sociology of Health and Illness* Jg. 3, H. 3, S. 254-274
- Smith, D. E. (1998): *Der aktive Text. Eine Soziologie für Frauen*. Hamburg: Argument
- Smith, D. E. (2001): Texts and the ontology of organizations and institutions. In: *Studies in Cultures, Organizations and Societies* Jg. 7, H. 2, S. 159-198
- Smith, D. E. (2005): *Institutional ethnography. A sociology for people*. Lanham: AltaMira Press
- Soeffner, H.-G. (1989): *Die Auslegung des Alltags*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Spradley, J. P. (1979): *The ethnographic interview*. New York, London: Holt
- Spradley, J. P. (1980): *Participant observation*. Orlando: Harcourt Brace College Publishers
- Stollberg, G. (2001): *Medizinsoziologie*. Bielefeld: transcript
- Strauss, A. L. (1998): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Fink
- Strauss, A. L./Glaser, B. (2005): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Sozialforschung*. Bern: Huber
- Strippel, H. (2004): *Gesundheitsaufklärung bei Kinderarzt und Zahnarzt: Interventionsstudie zur Effektivität der Primärprävention von Nuckelflaschenkaries*. München: Juventa
- Swaan, A. de (1990): *The management of normality: critical essays in health and welfare*. London: Routledge
- Tannen, D./Wallat, C. (1987): Interactive frames and knowledge schemas in interaction: examples from a medical examination/interview. In: *Social Psychology Quarterly* H. 50, S. 205-216
- Tates, K./Meeuwesen, L. (2001): Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. In: *Social Science and Medicine* Jg. 52, H. 6, S. 839-851
- Taylor, S./Haase-Casanovas, S./Weaver, T./Kidd, J./Garraida, E.M. (2010): Child involvement in the paediatric consultation: a qualitative study of children and carers' views. In: *Child: Care, Health and Development* (Early view, published online March 2010)
- Tervooren, A. (2006): *Im Spielraum von Geschlecht und Begehren: Ethnographie der ausgehenden Kindheit*. München: Juventa
- Tervooren, A. (2008): „Auswickeln“, Entwickeln und Vergleichen. Kinder unter Beobachtung. In: Kelle, H./Tervooren, A. (Hrsg.): *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung der kindlichen Entwicklung*. Weinheim: Juventa, S. 41-58
- Tönz, O. (2007): 15 Jahre „Gesundheitsheft“. Dank an Hans Haeffliger. In: *Paediatrica* Jg. 18, H. 3, S. 84
- Turmel, A. (2008a): *A historical sociology of childhood. Developmental thinking, categorization and graphic visualization*. Cambridge: Cambridge University Press
- Turmel, A. (2008b): *Das normale Kind: Zwischen Kategorisierung, Statistik und Entwicklung*. In: Kelle, H./Tervooren, A. (Hrsg.): *Ganz normale Kinder. Hetero-*

- genität und Standardisierung kindlicher Entwicklung. Weinheim: Juventa, S. 17-40
- Turner, B. S. (Hrsg.) (1992): *Regulating bodies*. London, New York: Routledge
- Vogd, W. (2004): Ärztliche Entscheidungsfindung im Krankenhaus. Komplexe Fallproblematiken im Spannungsfeld von Patienteninteressen und administrativ-organisatorischen Bedingungen. In: *Zeitschrift für Soziologie* Jg. 33, H. 1, S. 26-47
- Vogd, W. (2005): Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften. Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. In: *Soziale Systeme* Jg. 11, H. 2, S. 236-270
- Walton, S./Bedford, H. (2007): Parents' use and views of the national standard Personal Child Health Record: a survey in two primary care trusts. In: *Child: Care, Health and Development* Jg. 33, H. 6, S. 744-748
- Wambach, M. M. (Hrsg.) (1983): *Der Mensch als Risiko: zur Logik von Prävention und Früherkennung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Wassmer, E./Minnaar, G./Abdel Aal, N./Atkinson, M./Gupta, E./Yuen, S./Rylance, G. (2007): How Do Paediatricians Communicate with Children and Parents? In: *Acta Pædiatrica* Jg. 93, H. 11, S. 1501-1506
- Wendt, C. (1999): Health services for children in Denmark, Germany, Austria and Great Britain. Arbeitspapiere Nr. 4. Mannheim. Mannheimer Zentrum für europäische Sozialforschung
- Wenzig, C. (2005): *Armut, Gesundheit und sozialer Kontext von Kindern*. Hamburg: Kovac
- Weßling, A. (2000): Gesundheitsberichterstattung zur Gesundheitsförderung in Schule und Gemeinde. In: *Gesundheitswesen* Jg. 62, H. 7, S. 383-390
- White, S. (1998): Time, temporality and child welfare. In: *Time&Society* Jg.7, H.1, S. 55-74
- Willems, H. (1997): Rahmen und Habitus. Zum theoretischen und methodischen Ansatz Erving Goffmans: Vergleiche, Anschlüsse und Anwendungen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Willimczik, K./Singer, R. (2009²): Motorische Entwicklung: Gegenstandsbereich. In: Baur, J./Bös, K./Conzelmann, A./Singer, R. (Hrsg.): *Handbuch Motorische Entwicklung*. Schorndorf: Hofmann, S. 15-24
- Wintersberger, H./Alanen, L./Olk, T./Qvortrup, J. (Hrsg.) (2007): *Childhood, generational order, and the welfare state: exploring children's social and economic welfare*. Vol. 1 of COST A19: children's welfare. Odense: University Press of Southern Denmark
- Wirth, U. (2002): Der Performanzbegriff im Spannungsfeld von Illokution, Iteration und Indexikalität. In: Wirth, U. (Hrsg.): *Performanz. Zwischen Sprachphilosophie und Kulturwissenschaften*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 9-60
- Wolf, H. (2005): Die Geschichte des Neugeborenen-Screenings: Kampf gegen Unkenntnis und Unterlassung. In: *pädiatrie hautnah* Jg. 17, H. 2, S. 5-6
- Wolff, S. (2003): Dokumenten- und Aktenanalyse. In: Flick, U./Kardorff, E. von/Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt, S. 502-513
- Wolff, S. (2006): Textanalyse. In: Ayaß, R./Bergmann, J. R. (Hrsg.): *Qualitative Methoden der Medienforschung*. Reinbek: Rowohlt, S. 245-273

- Woodhead, M. (2008): Child development and the development of childhood. In: Qvortrup, J./Corsaro, W. A./Honig, M.-S. (Hrsg.): The Palgrave handbook of childhood studies. Houndmills: Palgrave Macmillan, S. 71-97
- Wrana, D. (2006): Das Subjekt schreiben. Reflexive Praktiken und Subjektivierung in der Weiterbildung – eine Diskursanalyse. Baltmannsweiler: Schneider
- Wrana, D./Langer, A. (2007): An den Rändern der Diskurse. Jenseits der Unterscheidung diskursiver und nicht-diskursiver Praktiken. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research [OnlineJournal] Jg. 8, H. 2 <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-07/07-2-20-d.htm> [16.05.2010]
- Wright, C. M./Reynolds, L. (2006): How widely are Personal Child Health Records used and are they effective health education tools? A comparison of two records. In: Child: Care, Health and Development Jg. 32, H. 1, S. 55-61
- Zeicher, H. (2009): Ambivalenzen und Widersprüche der Institutionalisierung von Kindheit. In: Honig, M.-S. (Hrsg.): Ordnungen der Kindheit. Problemstellungen und Perspektiven der Forschung. Weinheim: Juventa, S. 103-126
- Ziegler, H. (2001): Prävention – Vom Formen der Guten zum Lenken der Freien. In: Widersprüche H. 79, S. 7-24
- Zimmer, R./Volkamer, M. (1987): Motoriktest für vier- bis sechsjährige. Manual. Weinheim: Beltz Test

Sabine Bollig

Notizen machen, Bögen ausfüllen, Geschichten schreiben.

Praxisanalytische Perspektiven auf die Materialität der bildungsbezogenen Beobachtung im Elementarbereich

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit praxisanalytischen Perspektiven auf die prozessorientierte Beobachtung und Dokumentation von kindlichen Bildungsaktivitäten in Kindertageseinrichtungen. Diese prozessorientierten Beobachtungsverfahren basieren im Wesentlichen darauf, dass die Aktivitäten der Kinder durch das pädagogische Personal beobachtet und detailliert protokolliert werden, um aus diesen Niederschriften tiefergehende Einblicke in die individuellen Bildungsaktivitäten und -themen der Kinder zu erschließen, welche dann in individuell zugeschnittene Angebote der Bildungsbegleitung münden (vgl. Laewen/Andres 2000, Schaefer/Staege 2010).

Obwohl der schriftlichen Dokumentation der beobachteten Bildungsaktivitäten ein zentraler Stellenwert für die Etablierung einer ‚forschenden Haltung‘ der Fachkräfte beigemessen wird, fehlt es derzeit an Forschungsarbeiten, die den eigenständigen Stellenwert dieses Dokumentierens für die Beobachtungsaktivitäten der pädagogische Fachkräfte in den Blick nehmen. Dieses Desiderat ist eng mit der zumeist bildungstheoretischen Begründung von Beobachtungsverfahren verknüpft, die die Beobachtungstätigkeit selbst als einen subjektiven Erkenntnis- und Lernprozess konzipieren. Daher werden in den wenigen empirischen Rekonstruktionen zu den von Erzieherinnen und Erziehern gemachten Notizen, ausgefüllten Beobachtungsbögen und geschriebenen Geschichten, diese vor allem auch als Repräsentationen der Beobachtungstätigkeit behandelt, durch die man somit wie durch „Fensterscheiben“ (Wolff 2000, S. 504) auf die inneren Vorgänge in den Beobachtern selbst blicken kann (ex. Steudel 2008).

Demgegenüber mache ich mich im Folgenden für einen Forschungszugang stark, der das Beobachten von dieser engen Bindung an subjektive Erkenntnisprozesse löst und als eine soziale Praxis konzipiert. Die Beobachtung und Dokumentation kindlicher Bildungsprozesse wird darüber als eine lo-

kale und kollektive Wissenspraxis sichtbar, in der sich institutionelle Anforderungen, praktische Problemstellungen und soziale wie materiale Ressourcen miteinander vermitteln. Die diversen Formen der Dokumentation können dann in ihrem konstitutiven, und nicht lediglich repräsentierenden Beitrag für das Beobachten in Kitas erschlossen werden.

Um ein solches Forschungsprogramm zu plausibilisieren, stelle ich in einem ersten Schritt die bildungstheoretische Begründung des Beobachtens in den frühpädagogischen Programmatiken zum Beobachten und Dokumentieren in Kindertageseinrichtungen heraus (1). Von diesem Modell der Beobachtungstätigkeiten, die eng an das Konzept von Erkenntnissubjekten gebunden ist, grenze ich meine Überlegungen zu einer praxisanalytischen Grundlegung eines Beobachtungsbegriffes ab. Ich stelle Grundprämissen von Praxistheorien vor, mit deren Hilfe ein methodologischer Begriff von Beobachtung und Dokumentation gewonnen werden kann, der diese als ‚verteilte Praktiken‘ erschließt¹ (2). In einem letzten Schritt entwickle ich analytische Zugänge zur Frage, wie sich die Wissenspraktiken des Beobachtens und Dokumentierens vor allem mit Blick auf die an diesen Praktiken beteiligten Medien und Objekte erschließen lassen. Ich stelle mit den Praktiken des Schreibens und (Vor-)lesens, des Dokumentierens und des Instrumentierens drei mögliche Themen der Praxisanalyse von Beobachtungstätigkeiten vor, die ihren Ausgang von den eigenständigen Potentialen von Schrift und Schriftdokumenten nehmen (3). In einem Fazit zeige ich die Anschlüsse einer solchen analytischen Perspektive für feld- oder professionstheoretische Forschungsfragen zur Beobachtung in Kindertageseinrichtungen auf (4.).

1. Beobachten und Dokumentieren aus bildungstheoretischer Perspektive

Auch wenn fast alle konzeptionellen Beiträge zum Beobachten und Dokumentieren in Kindertageseinrichtungen darauf hinweisen, dass in Beobachtungsprozessen die Wirklichkeit nicht einfach abgebildet wird, so liegen doch nur vereinzelt Arbeiten vor, die das Beobachten selbst thematisieren und über die Vorstellung des ‚genauen Hinschauens‘ hinausweisen. Eine solche elaborierte Theoretisierung der Beobachtung von Bildungsprozessen liegt jedoch von Schäfer (2010) vor. Er fasst die Tätigkeit des Beobachtens als eine aktive Konstruktionsleistung von Subjekten, die in einem unauflösliehen Zusammenhang von Wahrnehmungsprozessen, Wissensbeständen, Gedächtnisleistungen, Emotionen und (Vor-)Urteilen in einem je konkreten sozialen und kulturellen Kontext entsteht – und gerade deshalb Zugänge zu

¹ Diese Konzeption von verteilten Praktiken der (Entwicklungs-)Beobachtung steht im Vordergrund meines Dissertationsprojektes „Entwicklungs-kindheit als Beobachtungsprojekt. Eine ethnographische Studie zu den Praktiken der Entwicklungsbeobachtung in medizinischen Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen“.

den Bildungsprozessen der Kinder garantieren können. Die Pointe seines frühpädagogischen Konzepts der „wahrnehmenden Beobachtung“ (ebd.) liegt nämlich darin, die Wechselwirkung von sinnlich-emotionaler Wahrnehmung und bisherigem Wissen in den Vordergrund des Beobachtens zu rücken, um genau in diesem Prozess der Irritation, die Möglichkeit eines beobachtenden Zugangs zu den Selbstbildungsprozessen der Kinder anzusiedeln. Durch die von ihm geforderte „weite Aufmerksamkeit“ (ebd.) werden dabei Befremdungsprozesse bei den Beobachtenden im Hinblick auf ihr Vor-Wissen und ihre Vor-Urteile ausgelöst, die sie überhaupt erst für die eigensinnigen (Selbst-)Bildungsprozesse der Kinder sensibel werden lassen. Fundiert ist diese Konzeption des Beobachtens somit in der Wahrnehmungs-, Lern- und Irritationsfähigkeit von Beobachtersubjekten und einer damit korrespondierenden Theorie frühkindlicher Bildungsprozesse (s. auch Schäfer 1999).

In dieser gleichsam doppelten bildungstheoretischen Begründung des Beobachtens bei Schäfer kommt den medialen und narrativen Formen der Dokumentation von beobachteten Situationen (Videos, Bilder, Notizen, Geschichten) dann auch nicht nur die Rolle zu, diese Situationen für diejenigen, die nicht dabei waren, festzuhalten und verfügbar zu machen. Vielmehr geht es vor allem auch darum, die Erfahrung und die Reflexionsprozesse der Beobachter zu versprachlichen und somit diskursiv zur Verfügung zu stellen. In Anlehnung an die Reggio-Pädagogik werden die Dokumentationen als ein Mittel verstanden, kollektive Interpretationen zu ermöglichen, Unverstandenes zu entdecken und somit den fortlaufenden bildungsbezogenen Dialog mit Kindern, Kolleginnen und Eltern zu mediatisieren (vgl. Steudel 2008)².

Honig (2010) hat jüngst darauf aufmerksam gemacht, dass trotz der vielfältigen Anschlüsse, die Schäfers Konzept für eine ethnographische Exploration von Beobachtungstätigkeiten bietet, gerade die bildungstheoretische Finalisierung des Beobachtungsbegriffes den Blick auf das Beobachten und Dokumentieren als ein situiertes Geschehen im organisationalen Kontext der Kindertageseinrichtungen verstellt. Er plädiert entsprechend für einen „nicht-pädagogischen Blick“ (ebd., S. 98) auf die Beobachtungspraxis im konkreten Kontext der Kindertageseinrichtungen, mit dessen Hilfe überhaupt erst in den Blick gerät, „wie der Gegenstand der Pädagogik durch Beobachtung als pädagogischer indiziert wird, wie also die Wissenspraktiken beschaffen sind, in denen Pädagogisches entsteht“ (ebd., S. 99). An dieses Forschungsverständnis eines nicht-pädagogischen Blicks auf die Be-

² Auch in allen weiteren Beobachtungsprogrammen (z. B. DJI-Lerngeschichten) gilt die Niederschrift der gemachten Beobachtungen als Grundbedingung des Beobachtens wobei jedoch unter ‚Dokumentation‘ zumeist v. a. eine strukturierte Sammlung der Berichte oder ‚Lerngeschichten‘ der Erzieherinnen und Erzieher, der Produkte und Äußerungen des Kindes, der Angebote, die entwickelt wurden, etc. verstanden wird.

obachtungspraxis in Kindertageseinrichtungen schließen auch meine folgenden Überlegungen an. Allerdings geht es mir dabei (zunächst) weniger um Fragen pädagogischer Ordnungsbildung, sondern um einen gleichsam ‚tiefer gelegten‘ Zugang zu den Aktivitäten des Beobachtens selbst. In Anlehnung an die „Social Studies of Works“ (Bergmann 2005) versuche ich „über die genaue Erfassung, Beschreibung und Analyse von realen Arbeitsvollzügen, die situativen verkörpertten Praktiken zu bestimmen, in denen sich die für diese Arbeit spezifischen Kenntnisse und Fertigkeiten materialisieren“ (ebd., S. 639). Dazu ist eine praxistheoretische Modellierung des Beobachtungsbegriffes notwendig, die im folgenden Abschnitt skizziert wird.

2. ‚Beobachtung als verteilte Praxis‘ - Grundlagen eines praxisanalytischen Beobachtungsbegriffes

Ich stelle die Besonderheiten eines praxisanalytischen Beobachtungsbegriffes dabei in Anlehnung an die drei Grundannahmen von Praxistheorien heraus, die Reckwitz (2003) herausgearbeitet hat.

Grundannahme I: Informelle und implizite Logik der Praxis

Die erste Grundannahme bezieht sich auf die informelle oder implizite Logik der Praxis und ihre Verankerung im praktischen Wissen und Können. Entscheidend ist es dabei, dieses Wissen nicht als Eigenschaft von Personen, sondern von den Praktiken selbst zu begreifen. Praktiken sind als „Set von routinisierten Bewegungen und Aktivitäten des Körpers“ (ebd., S. 290) zu verstehen, die körperlich vollzogen werden und sich dadurch als Wissen in den Körper einschreiben. ‚Nach innen‘ setzt der Vollzug einer Praktik entsprechend eine „Inkorporierung“ (Bourdieu) von Wissen voraus, die es den Akteuren ermöglicht, kompetent an Praktiken zu partizipieren („Knowing How“). ‚Nach außen‘ werden Praktiken durch diese Körperlichkeit ihres Vollzugs dann auch für weitere Beteiligte ‚verstehbar‘, das heißt insbesondere: routiniert beantwortbar. Feldspezifische Logiken von Praktiken werden entsprechend auch nicht in einer im Hintergrund wirkenden Grammatik dieser Praxis vermutet, sondern in der alltäglichen (Wieder-)herstellung von Praxiszusammenhängen, die sich in ihrem Vollzug als geordneter Zusammenhang darstellen („nexus of bodily sayings and doings“, Schatzki 2002). In der Performanz von Praktiken kommt daher nicht nur das Wissen zum Ausdruck, das zur Durchführbarkeit der Praktiken benötigt wird, sondern auch das kollektivierte Wissen um deren Angemessenheit und Akzeptanz in je konkreten Kontexten.

Das praktische Wissen, das für den Vollzug von bestimmten Tätigkeiten notwendig ist, ist entsprechend auch deswegen eine Eigenschaft von Praktiken, weil dieses selbst erst durch die Teilhabe an Praktiken in je konkreten Kontexten erlernt, modifiziert und erneuert wird. Insofern sind auch allein

ausgeführte Aktivitäten, wie das Beobachten von Kindern, als eine soziale Praktik zu verstehen.

Ein praxisanalytischer Zugang zur Bildungsbeobachtung in Kindertageseinrichtungen lokalisiert daher das Sinnzentrum des Beobachtens nicht in den Köpfen und Sinnen von Beobachtersubjekten, sondern in den Durchführungsroutinen der Beobachtungspraxis selbst. Dies verändert auch den Blick auf die Beobachter: anstatt von den Subjekten des Beobachtens ist dann von den Akteuren der Beobachtungspraxis die Rede.

Grundannahme II: Materialität sozialer Praktiken

Praktiken setzen als ihre Träger jedoch nicht nur „menschliche“ Akteure mit einem spezifischen, in ihren Körpern mobilisierbaren praktischen Wissens voraus, sondern regelmäßig auch ganz bestimmte Artefakte, die vorhanden sein müssen, damit eine Praktik entstehen, vollzogen und reproduziert werden kann“ (Reckwitz 2003, S. 291). Entsprechend geraten in praxisanalytischen Ansätzen auch die ‚Dinge‘, ‚Artefakte‘ oder ‚Objekte‘ und ‚Medien‘ in den Blick, mit deren Hilfe sich bestimmte Praktiken überhaupt erst realisieren lassen – sei es dass sie, wie der Notizblock beim Schreiben, integraler Bestandteil von Praktiken sind oder weil sie zu deren Wiederholung und Mobilisierung beitragen.

Dass in die Praktiken der Beobachtung vielfältige Objekte involviert sind, wird allein daran deutlich, dass Erzieherinnen und Erzieher bereits im Prozess des Beobachtens materiale Repräsentationen ihres Beobachtungsgegenstandes anstellen (Notizen). Diese werden dann in unterschiedlicher Weise mit anderen Objekten (Fotos, Produkten) kombiniert und als Dokumente prozessiert und weiterbearbeitet. Aus praxisanalytischer Perspektive gilt es nun, diese nicht einfach nur als materialen Ausdruck einer mentalen Beobachtungstätigkeit zu erfassen, die ihren Gegenstand in bildungsbezogener Absicht ‚angemessen‘ oder ‚falsch‘ repräsentieren, sondern danach zu fragen, wie diese aktiv an der Konstitution der Beobachtungspraxis und ihren Gegenständen mitwirken.

Eine praxistheoretische Modellierung des Beobachtens und Dokumentierens schließt entsprechend auch die eigenständigen Potentiale und Skripte der Objekte mit ein, die in Beobachtungspraktiken involviert sind. Dabei geht es jedoch immer um die lokalen Arrangements, in denen Objekte und Bedeutungszuweisungen der Teilnehmer eine Art praktische Kohärenz erlangen. Das impliziert – so Lachmund (1997) – „sowohl, dass Praktiken die Manipulierbarkeit und Kombinierbarkeit materieller Objekte selektiv ausschöpfen, als auch dass umgekehrt diese Objekte den Praktiken Widerständigkeiten entgegensetzen“ (ebd., S. 76).

Grundannahme III: Spannung zwischen Routinisiertheit und Unberechenbarkeit von Praktiken

Mit Blick auf diese Widerständigkeiten kommt auch die dritte Grundprämisse von Praxistheorien zum Tragen, die Reckwitz in der Spannung zwischen Routinisiertheit und Unberechenbarkeit von Praktiken gegeben sieht. Mit dem Begriff der Routinisiertheit wird die Stabilität von praktischem Wissen erklärt, da dieses in seiner Gebundenheit an materiale Durchführungspraktiken dazu neigt, immer wieder eingesetzt zu werden und wiederholbare Muster der Praxis hervorzubringen. Diese Wiederholbarkeit (Iterativität) von Praktiken beinhaltet jedoch nur eine Seite. Die andere Seite ist die relative Offenheit von Praktiken für Misslingen und Konflikthaftigkeit im alltäglichen Vollzug – und damit für ihre Neuschöpfung. Dies geschieht z. B. wenn sich der Kontext ändert oder Praktiken mit anderen Praktiken und Wissensformen, mit denen sie verkoppelt sind, in Widerspruch treten.

Paradigmatisch für solche Prozesse kann die Einführung neuer Technologien und Instrumente in etablierte Praxisroutinen gelten, wie sie z. B. die Beobachtungsbögen in Kitas darstellen. Neue Beobachtungs- und Dokumentationsformen fordern im Zuge ihrer Einführung in die Praxis von Kindertageseinrichtungen die ErzieherInnen zur Entwicklung neuer Praktiken heraus, die jedoch nicht einfach nur eine Umsetzung neuer Handlungsanforderungen darstellen, sondern mit den ‚alten‘ Wissens- und Praxiselementen vermittelt sind – und genau dadurch überhaupt erst ihre „Brauchbarkeit“ (Bollig/Schulz 2011) im lokalen Kontext entfalten.

Beobachten als ‚verteilte Praktik‘

Der hier über Reckwitz’ Grundprämissen systematisierte Modellierung von ‚Praktiken der Bildungsbeobachtung‘ schärft den Blick für die soziomateriale Produktion von Beobachtungswissen in den konkreten lokalen Praxiskontexten und somit im Vollzug des Beobachtens selbst. Das Beobachten wird dabei nicht mehr als subjektive Tätigkeit gefasst, sondern als ‚verteilte Praktik‘, die im situierten Zusammenspiel von Körpern, Kollektiven und Artefakten vollzogen wird.

Eine solche Perspektive liegt für die Praktiken der Bildungsbeobachtung noch nicht vor, jedoch kann an Studien aus dem Umfeld einer „Kulturanalyse der Entwicklungsdiagnostik“ (Kelle 2010) oder wissenschafts- und medizinsoziologischen Studien angeschlossen werden. So beschreibt z. B. Berg (1996) in seiner ethnographischen Arbeit zur ‚Papierarbeit‘ in Krankenhäusern die konstitutive Bedeutung von Patientenakten für die medizinische Arbeit, die vor allem darin liegt, Wissen aktiv zu sammeln, zu strukturieren und zu distribuieren – und dadurch die für die Krankenhausarbeit zentrale Transformation des Patientenkörpers in eine „extension“ of the hospital’s routines“ (ebd., S. 520) erst möglich zu machen. Medizinische Diagnostik ist entsprechend als ein ‚thinking in action‘ zu verstehen, das

nicht nur dem mentalen Wissen der Ärzte entspringt, sondern insbesondere auch den Routinen des Lesens und Schreibens. Latour, spricht von der „Papierarbeit“ in wissenschaftlichen Laboren daher auch als einem Denken „mit Händen, Augen und Zeichen“ (Latour 2006, S. 293). Die Artefaktabhängigkeit von (vielen) Praktiken zeigt sich aber nicht nur in ihrem Beitrag an der Wissensproduktion, sondern auch in den sozialen Leistungen, die die involvierten Objekte erbringen. So haben wir in unserem Frankfurter Forschungsprojekt zur Entwicklungsdiagnostik in kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen aufgezeigt, dass die Kinderuntersuchungshefte („Gelbes Heft“) für mehrere praktische Zwecke eine Funktion erfüllen: sie machen bestimmte diagnostische Normalitätskonstruktionen erst möglich, verteilen Aufgaben zwischen medizinischem Personal und Eltern, und binden letztere über das Einüben in bestimmte Beobachtungstechniken in spezifischer Weise in die medizinischen Normalitätskonstrukte ein (vgl. Bollig/Ott 2008, Kelle 2010).

Diese Studien sensibilisieren auf der analytischen wie methodologischen Ebene dafür, die dynamische Wissensproduktion in den Praktiken des Beobachtens in Kindertageseinrichtungen nicht vorschnell als mentale Leistung zu konzeptualisieren, sondern auch die Mitarbeit der Schriftdokumente, Fotos, Videos, Dokumentationsmappen etc. und deren eigenständiges Potential mit in den Blick zu nehmen. Dabei ist jedoch auch zu fragen, welche Praktiken notwendig sind, damit diese ‚Beobachtungsobjekte‘ ihre Leistungen auch erbringen können. Konkrete analytische Zugänge zu den verteilten Praktiken des Beobachtens werden im Folgenden entlang der besonderen Potentiale von Schrift und schriftbezogenen Dokumenten und Instrumenten aufgezeigt.

3. Schreiben, dokumentieren, instrumentieren: Analytische Zugänge zur Materialität des Beobachtens

Der relativ unangefochtene Stellenwert, den die prozessorientierten Bildungsbeobachtungen in der frühpädagogischen Arbeit einnehmen, hängt vor allem auch damit zusammen, dass die pädagogischen Fachkräfte das Beobachten der Bildungsaktivitäten der Kinder zumeist schon immer als eine ihrer grundlegenden Aufgaben verstanden haben. Als neu hinzugekommenes Element wird ‚lediglich‘ die systematische, regelmäßige Beobachtung aller Kinder und vor allem die fortlaufende Dokumentation dieser Beobachtungen ausgewiesen (vgl. auch Mayr/Ulich 1999). Entsprechend lassen sich erste analytische Perspektiven dadurch gewinnen, dass man die Frage stellt, welche alltäglichen Formen der Differenzierung zwischen Beobachten und Nicht-Beobachten durch das ‚Notizen machen‘ und weiteren Schreibpraktiken ersetzt wurden und welche Transformationen der Beobachtungstätigkeit und ihrer Gegenstände damit verbunden sind.

Dabei gehe ich von der These aus, dass Beobachtungssituationen vor der Einführung einer systematisch-schriftlichen Beobachtungspraxis meist darüber markiert wurden, dass die pädagogischen Fachkräfte sich auf Beobachtungswürdiges hingewiesen, sich Wahrgenommenes erzählt oder ihr Handeln mit wahrgenommenen Situationen kommunikativ begründet haben. Das heißt, dass noch einmal interaktiv auf das Wahrnehmen selbst hingewiesen wurde – sei es nur durch vielsagende Blicke, ein Grinsen oder demonstrativ hochgezogene Augenbrauen, etc.. Differenzen zwischen dieser interaktiv-kommunikativen hin zur schriftlichen Konstitution von Beobachtung fallen dabei in (mindestens) drei Dimensionen auf.

3.1 Schreiben, Lesen und Vorlesen: Die schriftkulturelle Konstitution des Beobachtens

Erstens bringt es die Schrift mit sich, dass man keinen direkten Sozialpartner für die Tätigkeit des Beobachtens braucht. Müssen sich Erzieher bei der verbalen und gestischen Kommunikation soweit auf ihre Gesprächspartner einlassen, dass sie reziprok dazu auch Aufmerksamkeit, Interesse und Anerkennung beim Gegenüber erwarten können, so können auch Sachen schriftlich festhalten werden, für die es erst einmal keinen Adressaten außer dem Papier und sich selbst gibt. Mit Luhmann (1997) gesprochen, kommt es mit dem Einsatz der Schrift zu einer raum-zeitlichen Entkoppelung von Mitteilung und Verstehen, die dazu führt, dass es keiner „Mitteilungsmotivation“ (S. 257) bedarf, um Texte zu produzieren. Dieses Merkmal von Schriftlichkeit gegenüber Mündlichkeit ist einer der größten Vorteile von Schrift, ermöglicht dies Sachverhalte zu formulieren, die erst einmal nicht an die Verstehenskonventionen mündlicher Kommunikation gebunden sind. Diese ‚Freiheit‘ der Schrift führt jedoch auch dazu, dass die Verstehensleistungen der Leser durch das Geschriebene nur schwerlich kontrolliert werden können. Texte sind daher notgedrungen offen für Interpretation.

Für die Beobachtungspraxis heißt dies ganz konkret: man kann prinzipiell alles Mögliche aufschreiben und dokumentieren, ohne dass man schon eine Vorstellung von der (Bildungs-)Relevanz der Situation haben muss. Eine schriftliche Etablierung von Beobachtungssituationen kann jederzeit, überall und im Hinblick auf alle möglichen Inhalte vorgenommen werden (vgl. zu den inhaltlichen Selektionsprozessen jedoch Schulz/Cloos 2011).

Diesen Aspekt der schriftlichen Konstitution von Beobachtung machen sich Anleitungen zur Einführung von Beobachtungsprogrammen zunutze, welche das Problem der Identifizierung von Beobachtungswertem durch bestimmte raum-zeitliche Angaben zur Beobachtungsorganisation substituieren. So wird gerade zu Zwecken der Etablierung einer systematischen Beobachtungspraxis geraten, sich jeden Tag 10 bis 15 Minuten der Beobachtung eines je bestimmten Kindes zu widmen bzw. Pläne zu erstellen, die

sicherstellen, dass jedes Kind mindestens einmal im Jahr in verschiedenen Situationen beobachtet wird. Solch eine ‚schematische‘ Systematisierung der Beobachtungstätigkeit erfüllt mehrere Zwecke. Sie stellt zum einen sicher, dass alle Kinder in den Blick geraten und entsprechend auch für jede individuelle Bildungsdokumentation ‚Material‘ vorliegt. Vor allem aber schenkt diese Praxis dem bisherigen Wissen der Beobachter um ‚bemerkenswerte‘ Situationen wenig Beachtung und ersetzt dieses durch eine erst einmal ‚bedeutungslose‘ raum-zeitliche Ausrichtung auf die Aktivitäten von Kindern. Die Suche nach Bedeutung wird somit zum Programm der Beobachtung selbst. Implizit transportieren solche organisatorischen Aufgaben jedoch auch die Vorstellung, dass bildungsrelevante Situationen allgegenwärtig sind und von daher auch jederzeit zu beobachten seien (vgl. Schulz idB.). Praktizieren die Kita-Teams eine solche schematische Organisation der Beobachtungstätigkeiten, verschiebt sich das Problem der Identifizierung von Bildungsaktivitäten im Beobachten entsprechend auf die spätere ‚Auswertung‘ von gemachten Aufzeichnungen. Die möglichst detailgetreue Beschreibung der beobachteten Situation ergibt schließlich nur Sinn, wenn man davon ausgehen kann, dass sich der Bildungsinhalt der festgehaltenen Situation, wenn schon nicht in der Situation selbst, dann doch durch die genaue Reflexion der Beobachtungsnotizen erschließen lässt.

Hier produziert das schriftliche Festhalten der beobachtenden Situation entsprechend eine Festlegung von ‚Bedeutungspotentialität‘. Denn schon allein mit der schriftlichen Fixierung etabliert sich die Erwartung an den Text, dass dieser nach entsprechender Aufbereitung bildungsrelevante Aspekte ‚zu offenbaren‘ vermag. Genau diese Techniken der Auswertung werden zum Leidwesen vieler Fachkräfte jedoch gerade in Verfahren des offenen Beobachtens wenig präzisiert. Zudem erzeugen Verfahren, wie die DJI-Lerngeschichten, die eine angeleitete Auswertung einzelner Beobachtungssituationen ermöglichen, zumindest anfänglich die Sorge, eine bildungsbezogene Interpretation entlang von möglichen Beobachtungssituation vornehmen zu müssen³. Entsprechend fordert gerade auch die potentielle Bildungsbedeutsamkeit, die mit der schriftkulturellen Praxis des Beobachtens etabliert wird, das pädagogische Personal zu kreativen Techniken in der Prozessierung ihrer Beobachtungsmaterialien heraus.

Die Praxis des Vorlesens von Beobachtungsprotokollen in Teamsitzungen erweist sich als eine solche kreative Lösung für das Problem der Interpretationsoffenheit von Beobachtungsnotizen. Durch das Verlesen der Beobachtungsprotokolle im Kreise der Kolleginnen wird, wie ich mit Schulz analysiert habe (Bollig/Schulz 2011), eine Re-Inszenierung des Beobachteten wie auch der Beobachtung selbst vollzogen, die eine streng textbezogene

³ Die hier geschilderten Probleme beziehen sich auf eigene Erfahrungen in Fortbildungsveranstaltungen zum Beobachten und Dokumentieren mit pädagogischen Fachkräften, die ich von 2004-2008 durchgeführt habe.

Analyse der ‚Geschichte‘ selbst obsolet werden lässt. Vielmehr schafft die im Vorlesen vollzogene Ästhetisierung der schriftlichen Beobachtung einen Erlebenskontext für die Anwesenden, der die Erfahrungen der Zuhörenden zu mobilisieren vermag und eine Situation des gemeinsamen Verstehens in der Kopräsenz von Erzählen und Zuhören ermöglicht. Insofern kompensiert die Vorlesesituation den mit der Verschriftlichung verloren gegangenen sozialen Bedeutungskontext und bearbeitet die Interpretationsoffenheit des Textes, indem die Beobachtung selbst wieder in eine Kommunikationssituation überführt wird. Der praktische Sinn dieses Vorlesens entfaltet sich entsprechend primär „nicht in der Überraschung, sondern in der Teilnahme“ (Luhmann 1997, S. 259)⁴.

Das Beobachtungsprotokoll, als materialer Träger des Geschehens, erweist sich in diesem komplexen Wechselspiel von Schriftlichkeit und Mündlichkeit nicht nur als Speichermedium, sondern auch als eigenständiger Garant für die Tatsächlichkeit der erzählten Geschichte. Diese Aussagekraft zeigt das Protokoll bereits durch die ‚gedruckte‘ Qualität des Textes an sowie durch die Präseniskonstruktionen, in denen die Beobachtungen zumeist verfasst sind. Um zum stabilen Referenten zu werden ist der Text jedoch auch auf die Vorlesesituation selbst angewiesen: das in der Hand halten, das wortwörtliche Ablesen und vor allem die Inszenierung eines kollektiven Verstehens zwischen Vorleser und Publikum, das ihn dann erst als Sprecher für das ‚gespeicherte‘ Geschehen autorisiert. Insofern gehen sowohl die Erzieherinnen, als auch das Protokoll ‚gestärkt‘ aus dieser Situation des Vorlesens heraus, was nicht nur für die Planung von beobachtungsbezogenen Aktivitäten, sondern auch für die weitere Prozessierung der Protokolle in Bildungsdokumentationen oder auch für den Dialog mit Kindern und Eltern von großer Bedeutung ist.

3.2 Dokumentieren: Die eigenständige ‚Sozialität‘ der Beobachtungsobjekte

Mit den Produkten des Beobachtens (Notizen, Protokolle, Bögen) realisiert sich die Beobachtungstätigkeit entsprechend stabiler und gleichzeitig mobiler, als es auf Basis von tendenziell flüchtigen Kommunikationsakten möglich ist. Nicht nur, dass man auf schriftliche Notizen immer wieder zurückgreifen kann, sie bleiben auch weitestgehend unverändert (vgl. Latour 2006). Zwar können interaktiv abgegrenzte Beobachtungssituationen auch memoriert und wiederholt werden, sie sind jedoch nicht von alleine ‚reisefähig‘. Schriftstücke hingegen sind außer im Moment des Schreibens nicht an den Autor gebunden, sie können eingeklebt, versendet, von anderen ge-

⁴ Schäfer (2010) hebt in ähnlicher Weise die Bedeutung von geschriebenen Geschichten hervor, jedoch auch hier nicht in ihrer sozialen und wissensproduktiven Bedeutsamkeit, sondern mit Blick auf ihr bildungsbezogenes Potential.

lesen werden – aber eben auch nicht so einfach vergessen werden. In Bezug auf diese eigenständige soziale, sachliche und zeitliche Signatur der Dokumente als materiale Träger der Beobachtung wäre entsprechend zu fragen, wie dadurch die räumlich, personal und zeitlich verteilten Aktivitäten der Beobachtung in spezifischer Weise relationiert werden (vgl. Berg 1996).

Dies kann an dieser Stelle nicht ausführlich dargelegt werden. Einen analytischen Zugang zur eigenständigen ‚Sozialität‘ von Beobachtungstexten bieten jedoch sicherlich die unterschiedlichen Formate, die in die Herstellung von Bildungsdokumentationen integriert sind. Hier ist zumeist wohl mindestens zwischen den quasi-privaten Notizen der einzelnen Beobachterin, den intern für alle Mitarbeiterinnen zugänglichen Beobachtungsprotokollen und –bögen und den semi-öffentlichen Bildungsdokumentationen, die auch den Eltern und Kindern zugänglich sind, zu unterscheiden. Für die Frage, wie die Gegenstände der Beobachtung als pädagogische signifiziert werden (Honig, 2010), scheinen mir vor allem die Übersetzungsprozesse zwischen den diversen Dokumentationsformaten von Interesse, da an ihnen die sukzessive Herausarbeitung von Situationen mit ‚dokumentarischem Wert‘ verfolgt werden kann. Hier geht es sowohl um die Frage, der thematischen Verknüpfung (ex. Lerndispositionen), als auch darum, wie in diesen Praktiken des Dokumentierens Erinnern und Vergessen organisiert wird.

Desweiteren finden diese Transformationen der Beobachtungsgegenstände ja mit Dokumenten statt, die selbst in unterschiedlicher Weise mit anderen Dokumenten oder Akteuren relationiert sind. Sie ‚inkorporieren‘ entsprechend nicht nur spezifische Kontexte des Schreibens, sondern auch des Lesens. Sie sind zudem nicht nur zentraler Bestandteil des Austauschs unter Kolleginnen, sondern auch des Dialogs mit Kindern und Eltern. Entsprechend lassen sich an den Übersetzungsprozessen (von Notizen, zu Protokoll, zu Lerngeschichte etc.) vermutlich auch die verschiedenen Adressierungs- und Selbstdarstellungspraktiken aufzeigen, mit denen sich multiple Leistungsanforderungen an eine ‚gute‘ Dokumentation in das Dokumentieren selbst einschreiben.

3.3 Instrumentieren: Beobachtungsprogramme und ihre ‚Grenzobjekte‘

An dieser eigenständigen ‚Sozialität‘ der Beobachtungsobjekte kommt ein weiterer Aspekt der schriftlichen Konstituierung von Beobachtungen zum Tragen, nämlich dass man Schrift in Formulare einfügen kann. Zwar gibt es auch ritualisierte Formen der Interaktion und regelrechte Gesprächsschablonen, die insbesondere in Organisationen zur Anwendung kommen, jedoch erfordert eine zielgerichtete Standardisierung mündlicher Kommunikation einen hohen Aufwand. Mit Formularen und deren grafischer wie textueller Gestaltung hingegen lassen sich recht umstandslos bestimmte Inhalte und

Formen der schriftlichen Reflexion und Kommunikation einfordern. So arbeiten nahezu alle Beobachtungsprogramme mit entsprechenden Formularen, die einen bestimmten Ablauf der Beobachtungstätigkeit vorsehen.

Diese Formulare sind Instrumente der Beobachtungstätigkeit, welche die Organisation, Dokumentation und Interpretation von Beobachtungen in spezifischer Weise zu präformieren suchen. Sie adressieren die Beobachter als Anwender, die mit Blick auf ein bestimmtes Verständnis von Beobachtung, Bildungsprozessen und von professionellem pädagogischem Handeln angesprochen werden. Entsprechend sind die Formulare, Manuale und Vorlagen, die in der frühpädagogischen Szene zirkulieren, als Objekte der ‚Technisierung‘ von Beobachtungspraktiken zu rekonstruieren. Unter Technik sind dabei „alle künstlich hervorgebrachten Verfahren und Gebilde, symbolische und sachliche Artefakte zu verstehen sind, die in soziale Handlungszusammenhänge zur Steigerung ausgewählter Wirkungen eingebaut werden“ (Rammert 1993, S. 10).

Beobachtungsformulare als technische Objekte zu konzeptualisieren, bedeutet jedoch gerade nicht, den Umgang mit ihnen auf die Fragen ihrer ‚artgerechten‘ Anwendung zu reduzieren. Vielmehr geht es um die Prozesse der Formgebung von Wissen (Ley 2010, S.227, die von diesen Instrumenten nicht einfach determiniert werden, ohne diese so aber auch nicht möglich wären. Denn als „Grenzobjekte“ (vgl. Strübing 2005) bringen die Beobachtungsinstrumente die Interessen und Akteure der verschiedenen sozialen Welten der Bildungsbeobachtung in Verbindung; hier beispielweise das Interesse der Bildungspolitik an der kostengünstigen Professionalisierung der Praxis; das Interesse der wissenschaftlichen Frühpädagogik an der Entwicklung von Instrumenten, die eine bestimmte Bildungskonzeption vermitteln und instrumentieren; das Interesse der Praxis institutionelle Anforderungskontexte in sinnvolle Routinen zu übersetzen und das Interesse der Eltern, die Qualität der in Kitas geleisteten Arbeit nachvollziehen zu können. Entsprechend sind mit Blick auf die Technisierung der Beobachtungspraxis auch die auf den verschiedenen Kontexte zu berücksichtigen, in denen die Grenzobjekte unterschiedliche Leistungen erbringen: auf der Ebene des Entwicklungskontextes als Normierung, auf der Ebene der Organisation als Standardisierung und auf der Ebene der Professionellen als Routinisierung (Ley 2010, S. 229). ‚Grenzobjekte‘ wie die Beobachtungsformulare, inkorporieren diese verschiedenen Ebenen, koordinieren dadurch Aktivitäten und übertragen diese Kontexte jedoch nicht einfach ineinander. Wie das Beispiel des Vorlesens zeigt, bleiben die Beobachtungsformate nämlich auf die ganz praktischen und eigensinnigen Prozesse ihrer „Instrumentierung“ (Bollig 2008) vor Ort angewiesen, um überhaupt funktionieren zu können.

Die häufig in Kindertageseinrichtungen vorzufindenden Überarbeitungen, Ergänzungen und Kombinationen von professionellen Beobachtungsformularen rücken in praxisanalytische Perspektive entsprechend auch als Hin-

weise auf Zielkonflikte und widersprüchliche Aufgabenkonstellationen in den Blick, die mit der Bildungsarbeit in Kindertageseinrichtungen verknüpft sind. Diese eigenständigen Kreationen wären entsprechend nicht als ‚Falschanwendung‘ oder ‚unprofessioneller Wildwuchs‘ zu thematisieren, sondern als praktische Lösungen für lokale Problemstellungen, die sich eben genau an diesen Praktiken rekonstruieren lassen.

Als eine solche feldbezogene Neuschöpfung von Praktiken, welche auf konkurrierende Aufgabenstellungen in der lokalen, praktischen Bildungsarbeit in Kitas verweist, rückt dann auch die in vielen Kitas aufzufindende Praxis der ‚doppelten Buchführung‘ ins Licht. Hier werden zum einen interne Dokumentationen hergestellt, die auch auf Schwächen, Probleme und mangelnde Kompetenzen von Kindern hinweisen, und zum anderen externe Dokumentationen für den Kontakt mit Kindern und Eltern, die vor allem die Stärken und Ressourcen der Kinder fokussieren (vgl. Fussnote 3). Der Blick auf die Differenzierung und Relationierung der internen und externen Dokumentationsformate wäre sicherlich ein lohnendes Untersuchungsfeld, um den Beitrag solcher Praktiken für die sich mittlerweile erfolgreich durchgesetzte Rede vom ‚kompetenten Kind‘ zu ermessen, von dem die bildungsbezogenen Beobachtungspraktiken ihren Ausgang nehmen (sollen), welche aber in widersprüchliche Förderkontexte eingebunden sind (vgl. Ellegard 2004).

4. Fazit

Die praxistheoretische Konzeption von Prozessen des Beobachtens und Dokumentierens in Kindertageseinrichtungen verspricht meines Erachtens einen analytischen Zugang zu den Wissenspraktiken der Bildungsbeobachtung, die den praktischen Sinn dieses situierten und spezifisch mobilisierten Geschehens in die aktuelle Debatte um die Entwicklung der frühpädagogischen Praxis einzuspeisen vermag. Dabei macht gerade das Konzept der ‚verteilten Praktiken‘ darauf aufmerksam, dass sich die Praktiken nicht nur auf verschiedene Träger aufteilen, sondern dieses Zusammenspiel von Akteuren, Körpern, Medien und Artefakten auch multireferentiell kontextuiert ist. Hier liefert die Fokussierung auf die materielle Dimension der Beobachtungspraktiken entsprechend nicht nur Einsichten in das praktische Wissen, das für diese Praktiken notwendig ist und den Beitrag, den die einzelnen Träger dieses Wissens dazu stiften, sondern auch auf den organisationalen und diskursiven Kontext, in dem diese Praktiken lokalisiert sind (‚Grenzobjekte‘).

Kindertageseinrichtungen erfüllen verschiedene Funktionen und werden mit vielfältigen und zum Teil widersprüchlichen Leistungserwartungen konfrontiert. Als Praxis in Kindertageseinrichtungen sollte das Beobachten und Dokumentieren entsprechend nicht auf seine bildungsbezogenen Aspekte

hin reduziert werden, sondern gerade als Anlass genommen werden, um die Logik des institutionellen Anforderungskontexten zu entschlüsseln, auf den sich diese Praktiken beziehen. Die von mir vorgeschlagene praxisanalytische Konzeption des Beobachtungsbegriffes ist daher in hohem Maße anschlussfähig für eine feldtheoretische Forschungsperspektive, die Logik des Beobachtungsgeschehens daraufhin befragt, wie das Kind in diesen Praktiken „als Beobachtungsgegenstand situiert ist“ (Honig 2010, S. 99) - und auch wie die Erzieherinnen und Erzieher zu bestimmten pädagogischen Akteuren werden.

Die mit dem Begriff der ‚verteilten Praktiken‘ markierte Differenz zu der eingangs genannten subjekttheoretischen Beobachtungskonzeption bei Schäfer bedeutet nämlich nicht, den Wahrnehmungs- und Lernprozessen der Beobachter keine Bedeutung beizumessen. Allerdings wird das Wahrnehmen selbst auch als Element und Effekt dieser ‚verteilten Praktiken‘ begriffen, in deren Vollzug die Medien, Objekte und Kontexte des Beobachtens eine enge Beziehung mit dem Körperwissen der Professionellen eingehen. Ein solches Verständnis von Beobachtungspraktiken und ihren Akteuren transportiert entsprechend auch den Zusammenhang von Beobachtung und Irritation, wie er z. B. für Schäfers beobachtungstheoretische Position zentral ist, auf die Ebene der Praktiken selbst; und macht diesen zu einer Frage der Modifikation und Neuschöpfung praktischer Routinen. Die Qualifizierungsprozesse von Erzieherinnen und Erziehern werden dann als Effekt einer Praxis erkennbar, die sich selbst bewirkt – und somit nicht nur die Beobachtungsgegenstände, sondern auch die menschlichen Beobachter in den Durchführungsroutinen erst in spezifischer Weise konstituiert.

Entsprechend ist eine solche praxisanalytische Konzipierung von Beobachtungspraktiken nicht nur für Forschungsarbeiten instruktiv, die die Konstitutionsbedingungen pädagogischer Felder zu erschließen suchen. Eine solche Analyse ist auch geeignet, um professionstheoretische Perspektiven zu informieren, denn sie verdrängt die „alte wissenssoziologische Frage, wer etwas weiß [...] durch die konstitutionstheoretische Frage, wie etwas überhaupt gewusst wird. Auf welche Weise ist es bekannt, vertraut, präsent, verfügbar, verstanden? Die primäre Frage ist dann nicht: Wie verteilt sich Wissen über Personen? sondern: Wie verteilt es sich über ontologisch unterschiedliche Träger?“ (Hirschauer, 2008, S. 978).

Literatur:

- Belliger, Andréa/Krieger, David J. (Hrsg.) (2006): ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie. Bielefeld: transcript.
- Berg, Marc (1996): Practices of Reading and Writing: the Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work. In: Sociology of Health and Illness. 18. 4. S. 499–524.
- Bergmann, Jörg (2005) "Studies of Work". In: Rauner (2005): S. 639-646.

- Bollig, Sabine/Ott, Marion (2008): Entwicklung auf dem Prüfstand: zum praktischen Management von Normalität in Kindervorsorgeuntersuchungen. In: Kelle (2008): S. 207-224.
- Bollig, Sabine (2008): "Praktiken der Instrumentierung". Methodologische und methodische Überlegungen zur ethnografischen Analyse materialer Dokumentationspraktiken in kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation (ZSE). 28.3. S. 301-315.
- Bollig, Sabine/Schulz, Marc (2011): Die Aufführung des Beobachtens. Eine praxisanalytische Skizze zu Praktiken der Bildungsbeobachtung in Kindertageseinrichtungen. In: Hebenstreit-Müller/Müller (2011).
- Brembeck, Helene/Johansson, Barbro/Kampmann, Jan (Hrsg.) (2004): Beyond the competent child – Exploring childhoods in the Nordic welfare societies. Frederiksberg: Roskilde University Press
- Cleppien, Georg/Lerche, Ulrike (Hrsg.) (2010): Soziale Arbeit und Medien. Wiesbaden: VS Verlag.
- Ellegard, T. (2004): Self-Governance and Incompetence: Teachers Constructions of „the competent child“. In: Brembeck/Johansson/Kampmann (2004): S. 177-197.
- Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.) (2000): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hebenstreit-Müller, Sabine/Müller, Burkhard (Hrsg.) (2011): Denken am Video: Beobachtungen. Berlin: Verlag Das Netz.
- Hirschauer, Stefan (2008): Körper macht Wissen – Für eine Somatisierung des Wissensbegriffs. In: Rehberg (2008): S. 974-984.
- Honig, Michael-Sebastian (2010): Beobachtung (früh-)pädagogischer Felder. In Schäfer/ Staeger (2010): S. 91-101.
- Honig, Michael-Sebastian/Lange, Andreas/Leu, Hans Rudolf (Hrsg.) (1999): Aus der Perspektive von Kindern? Zur Methodologie der Kindheitsforschung. Weinheim, München: Juventa.
- Kelle, Helga (Hrsg.) (2010): Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik. Opladen, Farmington Hills: Barbara Budrich.
- Kelle, Helga/ Tervooren, Anja (Hrsg.) (2008): Ganz normale Kinder. Weinheim, München: Juventa.
- Keller, Rainer/Meuser, Michael (Hrsg.) (2009): Körperwissen. Wiesbaden: VS.
- Lachmund, Jens (1997): Der abgehorchte Körper: zur historischen Soziologie der medizinischen Untersuchung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Laewen, Hans-Joachim/Andres, Beate (2002) (Hrsg.): Forscher, Künstler, Konstrukteure, Werkstattbuch zum Bildungsauftrag von Kindertageseinrichtungen. Weinheim u.a.: Beltz.
- Latour, Bruno (2006). Drawing things together. Die Macht der unveränderlich mobilen Elemente. In: Belliger/Krieger (2006): S. 259-308.
- Leu, Hans Rudolf et al. (2007): Bildungs- und Lerngeschichten. Bildungsprozesse in früher Kindheit beobachten, dokumentieren und unterstützen. Weimar, Berlin: Verlag Das Netz.
- Ley, Thomas (2010): „Unser Schreibzeug arbeitet mit an unseren Gedanken.“ Oder: Zur Konstruktion des sozialpädagogischen Falles in computerisierten Arbeitsumgebungen. In: Cleppien/Lerche (2010): S.219-233.
- Luhmann, Niklas (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Bd. 1. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Mayr, Toni/Ulich, Michaela (1999): Kinder gezielt beobachten. Teil 2: Was macht das Beobachten so schwer? In: KiTa aktuell (BY). 1/99. S. 4-6.
- Rammert, Werner (1993): Technik aus soziologischer Perspektive. Forschungsstand, Theorieansätze, Fallbeispiele - Ein Überblick. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Rauner, Felix (Hrsg.) (2005): Handbuch Berufsbildungsforschung. Bielefeld: Bertelsmann.
- Reckwitz, Andreas (2003): Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken: Eine sozialtheoretische Perspektive. In: Zeitschrift für Soziologie. 32. 4. S. 282–301.
- Rehberg, Karl-Siebert (Hrsg.) (2008): Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel. Bd. II. Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Schäfer, Gerd E. (2010): Frühkindliche Bildungsprozesse in ethnographischer Perspektive. In: Schäfer/ Staeger (2010): S. 69-90.
- Schäfer, Gerd E./Staeger, Roswitha (Hrsg.) (2010): Frühkindliche Lernprozesse verstehen. Ethnographische und phänomenologische Beiträge zur Bildungsforschung. Weinheim, München: Juventa.
- Schäfer, Gerd. E. (1999): Fallstudien in der frühpädagogischen Bildungsforschung. In: Honig /Lange/Leu (1999): S. 113-131.
- Schatzki, Theodore E. (2002): The site of the social. a philosophical account of the constitution of social life and change. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.
- Schulz XX trägt marc ein
- Steudel, Antje (2008): Beobachtung in Kindertageseinrichtungen. Entwicklung einer professionellen Methode für die pädagogische Praxis. Weinheim, München: Juventa.
- Strübing, Jörg (2005): Pragmatistische Wissenschafts- und Technikforschung. Theorie und Methode. Frankfurt/Main [u.a.]: Campus-Verlag.
- Wolff, Stephan (2000): Dokumenten- und Aktenanalyse. In: Flick /von Kardorff /Steinke (2000): S. 502-513.

Die Erfahrung des Außerordentlichen.

Fremdheit/Vertrautheit als methodisches Differenzial einer Ethnographie pädagogischer Ordnungen

Experiencing the extraordinary

Strangeness / Familiarity as a methodological differential in ethnography of pedagogical orders

Zusammenfassung:

Der Beitrag schließt an eine methodologische Diskussion an, die unter dem Leitbegriff *pädagogischer Ordnungen* ein nicht-normatives Verständnis der Eigenlogik pädagogischer Praxis zum Ausgangspunkt empirischer Forschungsbemühungen macht. Vor dem Hintergrund der damit verbundenen Zielsetzung einer empirischen Bestimmung des Pädagogischen, lotet der Beitrag den Stellenwert ethnographischer Forschungsstrategien in der Erziehungswissenschaft für eine solche Forschungsaufgabe aus. Dabei wird auf die auch für erziehungswissenschaftliche Ethnographie nach wie vor zentrale methodologische Leitdifferenz von Fremdheit/Vertrautheit zurückgegriffen und zunächst eine Analyse der aktuellen methodologischen Debatte um die Ethnographie in der Erziehungswissenschaft vorgestellt. Aus diesem Diskurs werden drei Fremdheitsmotive herausgearbeitet, deren Be- und Entgrenzungen mit Blick auf eine Ethnographie pädagogischer Ordnungen diskutiert werden. Im Rückgriff auf Waldenfels Fremdbegriff und die Bourdieusche Feldtheorie wird die „Verfremdung“ als methodologischer Bezugspunkt einer ethnographischen Empirie pädagogischer Ordnungen entfaltet, wobei der epistemologische Stellenwert der Feldforschungsperson in den Vordergrund rückt.

Schlagworte: Ethnographie, Methodologie, Pädagogische Ordnungen, Fremdheit/Vertrautheit

Abstract:

This contribution focuses on the significance of ethnographic research strategies in educational sciences for an empirical analysis of pedagogical orders. This issue will be reflected on in the horizon of the leading methodological differentiation between strangeness and familiarity, which plays a dominant role in the reflection of educational ethnographic research strategies. In light of this, three different motives of strangeness in the recent methodological debate in educational ethnography will be distinguished. Against the backdrop of the limitations and delimitations of these motives, the contribution attempts to develop a concept of strangeness which allows – in strategic terms – to explore orders in their pedagogical dimension. Regarding to Waldenfels conception of strangeness and Bourdieus theory of field the motive of Estrangement (Verfremdung) is detailed to specify the ethnographic account to pedagogical orders. Thus, the specific contribution of ethnographic strategies to an empirical reconstruction of pedagogical orders has to be seen in the epistemological role of the field researcher in ethnographic research.

Keywords: ethnography, methodology, pedagogical orders, strangeness/familiarity

1. Auf der Suche nach dem Gegenstand? Ethnographische Forschung und der Gestus des „Entdeckens“

Welchen Beitrag können ethnographische Forschungsstrategien für die empirische Analyse pädagogischer Ordnungen leisten? Mit dieser Frage verorten sich die folgenden Überlegungen im Kontext aktueller Forschungsbemühungen, deren Gegenstandsverständnis einerseits darauf aufbaut, dass pädagogischen Sozial- und Organisationsformen eine eigene Rationalität innewohnt, welche jedoch andererseits nicht normativ oder präskriptiv bestimmt werden kann – und gerade deshalb Gegenstand empirischer Forschungsanstrengungen sein muss (vgl. den Thementeil in diesem Heft). Der Begriff der *Ordnung* dient dabei als Oberbegriff, unter dem sich sozialtheoretische Modellierungen des erziehungswissenschaftlichen Gegenstands unter Rückgriff auf so differente Ansätze wie die Systemtheorie (etwa Meseth 2010; Hünersdorf 2012), Kultur- und Praxistheorien (beispielsweise Bollig/Kelle 2008; Fritzsche/Idel/Rabenstein 2011) oder die sozialwissenschaftliche Feldtheorie (z.B. Honig 2010; Neumann 2011) vereinen lassen. Das methodologische Kernproblem einer solchen Forschungsambition ist es, dass die Beobachtung des Pädagogischen als Ordnung bereits eine Antwort auf die Frage nach der Beobachtbarkeit einer Ordnung als pädagogisch vorauszusetzen scheint. Traditionell haben sich zur erziehungswissenschaftlichen Bestimmung des Pädagogischen innerhalb der deutschsprachigen Erziehungswissenschaft zwei alternative Wege etabliert: entweder wird das, was jeweils beobachtet wird, im Horizont eines evaluativen Begriffs der Sache – etwa von Erziehung, Bildung oder Lernen – als pädagogisch qualifiziert, oder aber man verlässt sich auf die gesellschaftliche Codierung des Handlungsfelds als pädagogisch, so dass in beiden Fällen letztlich immer das als Pädagogisches verzeichnet wird, was dem Begriff oder der Rahmung des Feldes nach als pädagogisch gilt. Anspruch der in diesem Thementeil skizzierten Forschungsambition ist es jedoch, das Pädagogische als ein Moment von Ordnungen zu explizieren und zwar so, wie es in diesen Ordnungen als solches hervorgebracht wird (Neumann 2011).

Diese Problemstellung markiert den Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen, wird im Weiteren jedoch nicht unter einer gegenstandstheoretischen, sondern einer methodologischen Perspektive diskutiert. Die Frage lautet also, was ethnographische Forschungsmethoden bzw. –strategien zur empirischen Aufklärung über das „Pädagogische“ beitragen können. Für eine solche „Suche nach dem Gegenstand“ scheinen ethnographische Forschungsstrategien geradezu prädestiniert, stehen sie mit ihrem Kerncharakteristikum der langfristigen Forschung im Feld doch sinnbildlich für das Versprechen des „Entdeckens“. Bezeichnete der Terminus Ethnographie in der Ethnologie dabei zunächst den methodischen Zusammenhang von Feldforschung und Beschreibung fremder Kulturen in der Ferne, so wurde sie für die Sozialwissenschaften vor allem mit Blick auf eine *methodologische Haltung* gegenüber kulturell Fremdem rezipiert (Lüders 2000). Entsprechend nahm die Oszillation des Beobachters zwischen „Fremdheit“ und „Vertrautheit“ auch hier eine gleichermaßen methodologische wie strategische Schlüsselrolle ein (Amann/Hirschauer 1997). Dies gilt auch für die sich seit 20 Jahren zunehmend etablierende ethnographische Forschung in

der Erziehungswissenschaft, auf die sich die folgenden Überlegungen konzentrieren werden. Je nachdem ob man „Fremdheit“ bzw. „Vertrautheit“ zur Voraussetzung oder zum Problem ethnographischer Forschung erklärt, geht es dabei entweder darum, das pädagogische Feld ausgehend von einem „native point of view“ zu beschreiben oder aber die Beteiligtenperspektiven einer strategischen „Befremdung“ zu unterziehen. Innerhalb dieser Differenzierung schwankt die Ethnographie in der Erziehungswissenschaft zwischen den Varianten einer „pädagogischen Ethnographie“ auf der einen Seite und einer „erziehungswissenschaftlichen Ethnographie“ auf der anderen Seite, wobei sich Erstere vor allem durch eine Loyalität zu den Zielen und Akteuren pädagogischer Handlungsfelder (Zinnecker 2000) und Letztere an einer „De-Zentrierung des pädagogischen Blicks“ profiliert (Hünersdorf/Müller/Maeder 2008; Honig 2010).¹ Wie Thole (2011) an der doch langen Geschichte ethnographischer Forschungsarbeiten in der Erziehungswissenschaft herausgearbeitet hat, setzt diese Dezentrierung mit dem Interesse ein, nicht mehr nur zu beschreiben wie etwas ist, sondern wie die für wirklich gehaltene Wirklichkeit in pädagogischen Settings kulturell erzeugt und immer wieder aufs Neue hergestellt wird (ebd., S. 29). Der quasi-naturalistische Blick auf lebensweltliche Dimensionen des Geschehens wird dabei von wissenssoziologisch und vor allem sozialkonstruktivistisch, praxeologisch oder diskursanalytisch informierten Perspektiven auf die Konstitution pädagogischer Felder abgelöst. Auch der hier favorisierte Begriff der „Ordnung“ gehört nicht zum „einheimischen“ Vokabular der Erziehungswissenschaft (Anter 2007; Neumann 2011). Man kann daher zunächst einmal annehmen, dass der Begriff der „Ordnung“ in der Lage ist, die angestammten disziplinären und professionellen Sichtweisen auf die Erziehungswirklichkeit zu „befremden“. Die Frage aber, ob ein Konzept wie dasjenige der Ordnung tatsächlich dazu geeignet ist, „Erziehungswirklichkeiten“ empirisch in ihrer pädagogischen Eigenlogik zu bestimmen, ist damit noch nicht beantwortet und wird spätestens dann virulent, wenn eine Begründung dafür ansteht, inwiefern es sich bei den jeweils rekonstruierten Ordnungen um *pädagogische* handelt. Dieses Problem des Verhältnisses von „einheimischen“ und „fremden“ Begriffen von der Sache ist indes nicht neu, es bestimmt den Prozess der Versozialwissenschaftlichung der Pädagogik seit jeher. Im Zuge einer Begründung ethnographischer Forschungszugänge in der Erziehungswissenschaft wird dieses Problem jedoch zunehmend strategisch und epistemologisch gewendet – und zwar in Bezug auf das Verhältnis von Fremdem und Vertrauten (etwa Zinnecker 2000). An diese methodologischen Arbeiten knüpft dieser Beitrag an und prüft, worin der spezifisch methodische Beitrag ethnographischer Forschungsstrategien für eine Empirie pädagogischer Ordnungen liegt, wenn man das besagte Problem im Lichte des Differenzials von Fremdheit/Vertrautheit aufgreift. Impliziert also die ethnographische Beobachtung des Pädagogischen als Ordnung eher ein Moment der Befremdung oder ein Moment der Vertrautheit?

Die Variationsbreite der methodologischen Entwürfe zu dieser Frage in der Erziehungswissenschaft reflektiert in ihrer Vielschichtigkeit gleichsam den komplexen Bedeutungsgehalt des deutschen Fremdbegriffs selbst, bezeichnet dieser doch sowohl etwas außerhalb des eigenen Bereiches (*externum*, *foreign*) als auch etwas, das zu einem anderen gehört (*alienum*, *alien*) oder etwas, das andersartig ist (*insolitium*, *strange*) (Waldenfels 1997, S. 20). In allen drei Konnotationen steht der Terminus „Fremdheit“ für die Erfahrung von Alterität, in der das Eigene je mitkonstituiert wird (Reuter 2000). Hahn (1994) spricht

daher von Fremdheit als einer „Form von Beziehung“, die der Differenz von Eigenem und Anderem eine spezifische Form verleiht. Eine erste Klärung richtet sich daher auf die Frage, was im Diskurs der deutschsprachigen Ethnographie in der Erziehungswissenschaft als Fremdheit ausgewiesen wird, wenn es darum geht, den ethnographischen Zugang als erkenntnisträchtig zu plausibilisieren. Dabei werden verschiedene Fremdmotivmotive deutlich, welche sich in Relation zum jeweils Eigenen konstituieren (2.) Um im Rahmen des Pädagogischen diese Relation von Eigenem und Fremden nicht lediglich stillschweigend vorauszusetzen, sondern auch empirisch einzuholen, wird in einem zweiten Schritt mit Bezug auf Waldenfels eine ordnungstheoretische Fremdmotivkonzeption entfaltet (3.), die dann mit Bourdieu um einen ordnungstheoretisch gelagerten Begriff vom Forschungsfeld ergänzt wird (4.). Eine Ethnographie pädagogischer Ordnungen lässt sich im Anschluss an diese Überlegungen als eine Strategie der *Verfremdung* begreifen, die pädagogische Ordnungen von einer Position des Außerordentlichen her in ihrer differentiellen und in sich differenzierenden Gestalt erkundet. Damit wird nicht zuletzt der feldinvasiven Position und Praxis des Beobachtens ein herausgehobener epistemologischer Stellenwert eingeräumt (5.).

2. Rhetorische Muster und methodologische Reflexionen: Fremdheit/Vertrautheit als Bezugspunkt ethnographischer Forschung in der Erziehungswissenschaft

Wie die Konstitution des Eigenen/Anderen in der methodologischen Inanspruchnahme des Differenzials Fremdheit/Vertrautheit in der erziehungswissenschaftlichen Ethnographie vollzogen wird, lässt sich im Horizont einer Unterscheidung von Hoguebe (1993, S. 358) herausarbeiten, der Fremdheit defizitbezogen als Verneinung von Vertrautheit, Verneinung von Zugehörigkeit oder Verneinung von Wissen differenziert. Darüber werden drei idealtypische *Fremdmotivmotive* in der Erziehungswissenschaft sichtbar. Der Begriff des Fremdmotivmotivs lenkt den Blick dabei auf die Aufgaben und Funktionen ethnographischer Forschung, die mit einer solchen Zuwendung zum Fremden verbunden sind.

2.1. Nicht-Vertrautheit: Beschreibende Anerkennung des Anderen als Fremdes

Eine erste Variante zeigt sich in einem Rekurs auf Fremdheit als Nicht-Vertrautes. Dies ist vor allem für Studien im Kontext eines (spät-)modernisierungstheoretischen Bezugsrahmens typisch, wie sie im Feld der Kindheits- und Jugendkulturforschung verbreitet sind. Ethnographie zeigt sich hier als Mittel der Wahl, um auf die Zunahme „insuläre[r], kleine[r] Lebenswelten“ [...], kulturelle[r] Nischen und Subkulturen“ zu reagieren, „die uns fremd geworden sind“ (Zinnecker 2000, S. 283). Entsprechend sind es vor allem die heterogenen Le-

benswelten der Adressaten pädagogischer Praxis, welche die Pädagogik und ihre Forschung zum „Verstehen“ dieser fremden Kulturen herausfordern (Zinnecker 2000, Marotzki 2000, Schulze-Krüdener/Vogelgesang 2002; Friebertshäuser 2008).

In diesem Verständnis dienen etwa Studien zu jugendlichen Sportkulturen (Alkemeyer 2003) und ländlichem Brauchtum (Schulze-Krüdener/Vogelgesang 2002) der Explikation eigensinniger Lebenskontexte von Kindern und Jugendlichen und leisten damit einen Beitrag, um „diese fremden Welten in unserer sichtbar – und verstehbar – zu machen“ und „bisher Unbekanntes, Fremdes oder auch Übersehenes für den wissenschaftlichen Diskurs“ zu „entdecken“ (Schulze-Krüdener/Vogelgesang 2002, S. 64, 88). Ethnographischer Forschung kommt dabei die Aufgabe des „Dolmetschens“ (ebd., S. 65) oder „Übersetzens“ (Friebertshäuser 2008) zu, auch um die eigensinnigen Perspektiven der Adressaten innerhalb pädagogischer Settings zur Geltung zu bringen (Zinnecker 2000; Schäfer 2010).² Ist es hier die Annahme einer strukturell bedingten Unvertrautheit mit den Adressaten der Pädagogik, die in ihrer „Andersheit“ gegenüber dem Eigenen dieser Praxis verstanden werden sollen, so ist mit diesem Fremdheitsmotiv eine paradoxe Strategie der Verringerung von Unvertrautheit durch Anerkennung einer *bestimmten Fremdheit* verknüpft. Eine „dolmetschende“ Ethnographie muss schließlich nicht nur von einem Kommunikationsdefizit der fremden Lebenswelten ausgehen, sondern auch von der Möglichkeit eines Dialogs, der sowohl das Andere wie das Eigene umschließt. Forschung nimmt dabei die Rolle eines Dritten ein, das in einem umgreifenden Logos das Fremde als nun Vertrautwerdendes im Eigenen platzieren kann. Mit Blick auf das Interesse der Kindheitsforschung an den Perspektiven der Kinder haben jedoch u.a. Honig, Lange und Leu (1999, S. 10) auf die Paradoxie eines solchen ethno- und logozentrischen Fremdheitsmotivs hingewiesen, in dem „die Eigenart der Kinder zur Fremdheit werden muß, weil sie anders im Forschungsprozeß der Erwachsenen nicht beschrieben werden kann, die Fremdheit der Kinder dann aber als ihre Eigenart, als ihre Besonderheit erscheint“. Neben dialogischen Forschungsformen (vgl. Friebertshäuser 2008) wird der Ausweg aus dieser Paradoxie der vertrauten Andersartigkeit u.a. im Konzept des „doing generation“ gesehen, mit dessen Hilfe die relationale Bezogenheit von Kindern und Erwachsenen, also die wechselseitige Konstitution von deren Positionen und Perspektiven, in den Blick genommen werden kann (exemplarisch vgl. Kelle 2005).

2.2. Nicht-Zugehörigkeit: Unterstellte Fremdheit als Dynamisierung des Verhältnisses von Eigenem und Anderem

Fremdheit ist in der ethnographischen Erziehungswissenschaft aber auch dann ein Thema, wenn es darum geht, die pädagogische Praxis selbst als etwas potenziell Fremdes zu erschließen. Im Fokus steht dabei jene ambivalente Differenzierung zwischen wissenschaftlicher Wissensproduktion und pädagogischer Praxis, die traditionell als Theorie-Praxis-Problem diskutiert wird. Das Differenzial von Fremdheit/Vertrautheit wird hier u.a. in seiner sozialen Dimension reformuliert, das heißt als Problem von (Nicht-)Zugehörigkeit.

So sehen Thole, Cloos und Küster (2004) die Ethnographie in sozialpädagogischen Settings in die Problematik eingespannt, dass die Ethnographen einerseits einen offenen analytischen Zugang zu einem Feld entwickeln müssen, welches ihnen andererseits durch den Handlungsfeldbezug der Disziplin jedoch nicht einfach als fremdes Anderes gegenübertritt. Geht es in der ethnographischen Forschungspraxis entsprechend darum, sich als „Fremder“ im Feld zu positionieren, so wird dies durch die Feldakteure regelmäßig dadurch unterlaufen, dass sie Zugangsrechte zu Informationen mit entsprechenden Prüfungen und Vereinnahmungen des Forschers *als Pädagogen* verknüpfen. „Forschung in eigener Sache“ (ebd., S. 69) ist für die Autoren daher durch eine ambivalente kulturelle „Zweibeinigkeit“ der erziehungswissenschaftlichen Forscher gekennzeichnet. Sie sind gezwungen, sich als Zugehöriger zu Disziplin und Profession permanent zugleich Zugangs- wie Ausstiegsmöglichkeiten zu sichern. Muss die Fremdheit zwischen Praxis und Forschung (und den entsprechenden Akteursperspektiven) dabei in forschungslogischer wie praktischer Hinsicht zunächst unterstellt werden, um das Feld überhaupt zum Gegenstand ethnographischer Wissensproduktion machen zu können (Königter 2010), so legitimieren sich Praxis und Ertrag ethnographischer Wissensproduktion jedoch nur dann, wenn sie es – im Sinne des Jargons der Praxis – vermeiden, ausschließlich „theoretisch“ zu sein. Andere Reflexionen der „doppelten Zugehörigkeit“ variieren diese Problematik noch einmal auf einer programmatischen Ebene, indem sie den Anspruch formulieren, durch ethnographische Forschung zu einer Gewichtsverlagerung im akademischen wie praktischen Diskurs beizutragen, mit der die Praxis gegenüber dem theoretischen Diskurs wieder stärker zur Geltung gebracht werden soll (Wagner-Willi/Wulf 2007; ähnlich für eine „pädagogische Lernforschung“ Wiesemann 2006).

An den genannten Positionen wird ein Fremdheitsmotiv sichtbar, dass der beobachteten pädagogischen Praxis die Form eines vertrauten Anderen wie auch fremden Eigenen verleihen muss, wenn es überhaupt dazu kommen soll, dass Forschung und Praxis voneinander profitieren. Richtet sich ethnographische Forschung hier als „Grenzgängertum“ zwischen diesen Zonen der Zugehörigkeit ein, so bleibt an dieser Stelle jedoch noch offen, welche praktisch-methodische Form diese Grenzgänge einnehmen können, um das Eigene zu einem noch unvertrauten Anderen hin zu überschreiten.

2.3. Nicht-Wissen: Die Befremdung des Eigenen

Diesem Problem widmet sich eine dritte Variante ethnographischer Fremdheitsmotive in der Erziehungswissenschaft, die auf methodisch initialisierte *Befremdung* setzt (Amann/Hirschauer 1997). Dabei wird als das Eigene nicht nur der disziplinäre Zugriff auf pädagogische Settings erkannt, sondern auch die Forschungspraxis selbst als kontingente Wissensproduktion in den Fokus gerückt. Hier sind drei Varianten zu unterscheiden:

In einer *analysebezogenen Variante* steht das Ziel im Vordergrund, die „einheimische“ Perspektive der Erziehungswissenschaft auf ihre Gegenstände dadurch zu irritieren, dass Phänomene wie Lernen, Bildung, Erziehung oder Unterricht begrifflich zunächst als Formen kultureller oder sozialer Praxis entchlüsselt werden. Eine wichtige Rolle bei der theoretischen Unterfütterung

spielt hier der Begriff der „Praktiken“, wobei die gegenstandstheoretische Bestimmung der interessierenden Praktiken *als pädagogisch* darüber vollzogen wird, dass diese als konstitutiv für die Felder institutionalisierter Bildung und Erziehung aufgefasst werden (vgl. Breidenstein 2006; Cloos u.a. 2009). Des Weiteren gibt es aber auch Versuche, das „Pädagogische“ an diesen Praktiken stärker in den Vordergrund zu rücken (Wiesemann 2006; Reh/Rabenstein/Idel 2011). Dies geschieht beispielsweise, indem die traditionelle pädagogische Trias von Vermittlung, Inhalt und Aneignung in ein sozialwissenschaftlich-operatives Vokabular gekleidet und als Zusammenhang von Zeigen, Wissen und Subjektivierung in schulischen Lernkulturen konzipiert wird (Fritzsche/Idel/Rabenstein 2011). In ähnlicher Weise „befremdet“ Schulz (2010) das gängige Verständnis von Bildungsprozessen mit dem Begriff der „Performances“.

In einer *methodenbezogenen* Variante der Befremdung rückt hingegen die ethnographische Forschungspraxis selbst ins Zentrum. So hebt Breidenstein (2010) vor allem das Changieren zwischen Teilnahme und Beobachtung in der Feldforschung, die systematische Unterbrechung des Feldaufenthalts, die Verschriftlichung der Beobachtungen sowie die Kombination verschiedener Schreibformate und Auswertungsmethoden als Strategien der Befremdung hervor. Ebenso wie die Perspektivenerweiterung durch das Arbeiten im Forschungsteam (Eßer/Köngeter 2010, S. 186), variieren all diese Strategien die Normaldistanz zum Geschehen und ermöglichen es somit, jene Unvertrautheit wiederherzustellen, die durch Vorwissen, die eigene Standortgebundenheit und die Unmittelbarkeit der Teilnahme am Feldgeschehen verloren zu gehen droht. In einer solchen Relationierung von „Lebenspraxis, Theorie, Text und Beobachtungspraxis“ markiert der Ausdruck „Befremdung“ eine „produktive Metapher für die Überschreitung bislang für ein Feld erprobter und als sinnvoll erachteter Fallkonstruktionen“ (Köngeter 2010, S. 239).

In *forschungsstrategischen Varianten* wird das Befremdungspotenzial der Ethnographie wiederum durch ein bestimmtes Forschungsdesign zu erzeugen versucht. Die Befremdung des eigenen Wissens wird dabei entweder durch eine mehrperspektivische Ausrichtung, die im Sinne einer „multi-sited-Ethnography“ unterschiedliche lokalisierte Ereignisse und Perspektiven im Feld zueinander in Beziehung setzen (Nadai/Maeder 2005), oder eine Transnationalisierung des Forschungsprozesses hergestellt. Bei Letzterem wird der internationale Vergleich dazu genutzt, der „Belagerung durch das implizite und explizite Wissen“ zu entkommen (Huf/Panagiotopoulou 2011, S. 276), wodurch auch jene Differenzkonstruktionen fragwürdig werden, die einer international vergleichenden Forschung immer schon zu Grunde liegen. Die Leistung von transnationalen Forschungsprozessen in der Ethnographie besteht entsprechend darin, dass sie eine „doppelte Befremdung“ des eigenen Wissens ermöglichen (ebd.; vgl. auch Rademacher 2009).

All diese wissensbezogenen Befremdungsstrategien setzen auf eine Irritation des Eigenen, die durch theoretische, methodische oder forschungsstrategische Unterbrechung etablierter Anschlussmöglichkeiten erreicht werden soll. Allerdings stehen sie häufig im Zeichen einer zu beobachtenden Verallgemeinerung des „befremdenden“ Blicks in der gegenwärtigen erziehungswissenschaftlichen Diskussion und verlassen somit den engeren Bezugsrahmen der methodologischen Selbstreflexion ethnographischer Forschung (vgl. bspw. die Beiträge in Cloos/Thole 2006). Rückt nämlich mit der Befremdung des Eigenen das „Entdecken“ selbst als Leistung in den Vordergrund, werden Gehalt, Form und Güte

ethnographischer Wissensproduktion vorwiegend an ihrem Beitrag für die Irritation des eigenen (disziplinären) Wissens gemessen. Die intensive „Verstrickung“ der Feldforschungspersonen in das zu untersuchende Feld, die für Amann und Hirschauer überhaupt erst jene Form der „empirischen Prozesskontrolle“ (1997, S. 32) ermöglicht, mit der die Ethnographie sich zu ihrem befremdenden Wissen verhilft, tritt demgegenüber in den Hintergrund. Die Bezeichnung „Ethnographie“ entwickelt sich dabei zunehmend zu einem Etikett, mit dem sich vielfältige qualitative Forschungszugänge als wissensinnovativ ausweisen lassen. Dies hat zu einer deutlichen Entgrenzung dessen geführt, was inzwischen unter der Flagge der Ethnographie segelt.

Ein Grund dafür ist sicher, dass die Reflexion auf das Verhältnis von Eigenem und Anderem in der ethnologischen bzw. ethnographischen Forschung zwar eine lange Geschichte vorweisen kann, die mitunter auch in eine handfeste Repräsentationskrise mündete (vgl. Berg/Fuchs 1993). Diese Tradition spiegelt sich aber in der Ethnographie der deutschsprachigen Erziehungswissenschaft nicht in all ihren Facetten wider. Die ethnographischen Forschungsstrategien in der deutschsprachigen Erziehungswissenschaft haben sich bereits von Beginn an im Fahrwasser des verstärkten sozialwissenschaftlichen Interesses an einer „Ethnographie des Einheimischen“ etabliert, bei der Fremdheit eher als epistemisches Privileg denn als ein Problem betrachtet wird. Die angesprochene Entgrenzung steht jedoch in engem Zusammenhang mit dem Bedeutungszuwachs sozialkonstruktivistischer, ethnomethodologischer und praxeologischer Theorievokabulare, mit deren Etablierung eine deutliche „Datenorientierung“ verknüpft ist. Sichtbar wird dies etwa an dem hohen Stellenwert, den die Videoforschung im Rahmen von Studien eingenommen hat, die sozialtheoretisch auf die Materialität und damit die unmittelbare Beobachtbarkeit von performativen Akten abstellen (stellvertretend Idel/Kolbe/Carvallo 2009). Der vermehrte Einsatz von Video- bzw. Fotokameras und Audiogeräten liegt zwar durchaus auf der Linie des mittlerweile kanonisierten Vorschlags von Lüders (2000, S. 89), die Ethnographie weniger als Methode, denn als „methodenplurale kontextsensible Forschungsstrategie“ zu verstehen. Andererseits aber treten dabei die bei Lüders mit dem Anspruch „Kontextsensibilität“ verknüpften Aspekte der langfristigen Teilnahme und des Schreibens eher zurück. Stattdessen gewinnen die so genannten „fokussierten Ethnographien“ an Bedeutung (etwa Rademacher 2009; Oester 2009; kritisch dazu Breidenstein/Hirschauer 2002). Tendenziell wird bei alledem die Spezifität ethnographischer Feldforschung gegenüber anderen Formen video- oder audiogestützter Forschung (beipielsweise Dinkela-ker/Herrle 2009) eher undeutlich und zuweilen auch gar nicht mehr ausdrücklich thematisiert.³

Vor dem Hintergrund der angesprochenen Tendenzen lässt sich zwar nicht leugnen, dass Forschung, die auf die Befremdung des eigenen Wissens zielt, nach wie vor eng auf Ethnographie bezogen ist. In ihrer starken Fokussierung auf die Irritation des Eigenen tendiert sie aber gleichzeitig dazu, nicht mehr notwendig auf ein spezifisches Verhältnis zum Anderen zu rekurrieren. Das ist zwar nicht per se problematisch, im Lichte einer solchen Exotisierung des Eigenen lässt sich der *spezifische* Beitrag ethnographischer Forschung für eine Empirie pädagogischer Ordnungen jedoch kaum näher bestimmen.

2.4. Zusammenfassung: Grenzen des Nicht-Wissens – Das Differenzial Fremdheit/Vertrautheit und das Problem der Beobachtbarkeit pädagogischer Ordnungen

Die herausgearbeiteten Fremdheitskonzeptionen ethnographischer Forschung in der Erziehungswissenschaft teilen die Gemeinsamkeit, dass sie die Relation von Vertrautem und Fremdem im Lichte der Differenz von Eigenem und Anderem reflektieren. Im Horizont dieser vielfältigen, aber immer unnachgiebigen Positionierung zum „Eigenen“ der Disziplin hat sich die Ethnographie zu einer treibenden Kraft bei der Erzeugung „differenten Wissens“ über ihre Gegenstände entwickelt. Die Positionierung zum Eigenen der Disziplin stößt jedoch an ihre Grenzen, wenn es um eine Empirie pädagogischer Ordnungen geht, weil sie entlang der herausgearbeiteten Fremdheitsmotive das Pädagogische einer Ordnung immer nur in einer (mitunter paradoxalen) Distanzierung vom eigenen disziplinären Wissen bestimmen kann. Eine Empirie pädagogischer Ordnungen aber, die für sich in Anspruch nimmt, die *Beobachtung pädagogischer Ordnungen* mit einer Antwort auf die grundlegende Frage nach der *Beobachtbarkeit des Pädagogischen* zu verknüpfen (Neumann 2010, 2011), kann sich nicht damit abfinden, sich nur im Horizont der Differenz zum Eigenen zu begründen. Ihr geht es nämlich um mehr als nur um „differentes Wissen“ und um mehr als nur um die Irritation oder Dekonstruktion des Eigenen durch eine *andere* Form der Beobachtung des Anderen. Um das methodologische Reflexionspotenzial ethnographischer Forschung für das Problem einer Empirie pädagogischer Ordnungen nutzen zu können, braucht es daher eine Fremdheitskonzeption, welche die Differenz von Eigenem und Anderem nicht lediglich postuliert, sondern die Erzeugung dieser Differenz im Vollzug von Forschung gerade selbst zum Thema machen kann. Eine Ethnographie pädagogischer Ordnungen ist insofern darauf verwiesen, den Ordnungsbegriff ethnographisch und die ethnographische Strategie ordnungstheoretisch zu qualifizieren. Erst dann kann auch jene Erzeugung des Beschriebenen in der Beschreibung oder spezifischer: des Eigenen im Anderen zum Thema werden, die eine Ethnographie pädagogischer Ordnungen auszeichnet, wenn sie sich sozusagen selbst überraschen soll.

Eine solche Fremdheitskonzeption gilt es im Folgenden zu entfalten und hinsichtlich ihrer forschungsstrategischen Konsequenzen zu diskutieren. Mit Blick auf die Frage nach der ethnographischen Beobachtbarkeit pädagogischer Ordnungen bietet sich dabei zunächst der Rückgriff auf eine ordnungstheoretisch gelagerte Fremdheitskonzeption an, wie sie sich im Anschluss an Bernhard Waldenfels entwickeln lässt. Mit ihr rückt schließlich ein viertes Fremdheitsmotiv in den Blick: die *Verfremdung*. Im nächsten Schritt geht es dann um die Frage nach den strategischen Konsequenzen einer solchen Fremdheitskonzeption für die *Feldforschung*. Dies wird wiederum im Horizont eines ordnungstheoretisch gelagerten Feldbegriffs reflektiert, wie er im Anschluss an Pierre Bourdieu rekonstruiert werden kann.

3. Verfremdung: Die Verwobenheit von Eigenem und Fremden in der ethnographischen Feldforschung

3.1. Fremdheit als Ordnungsgeschehen bei Waldenfels

Mit Waldenfels' phänomenologischer Fremdheitskonzeption lässt sich diese zugleich als Erfahrung wie auch als integraler Bestandteil eines positionalen Ordnungsgeschehens bestimmen. Unter Erfahrung versteht er jenen Prozess, in dem sich „Sinn bildet und artikuliert und in dem die Dinge Struktur und Gestalt annehmen“ (Waldenfels 1997, S. 19). Ordnung hingegen ist der „geregelte, d. h. nicht beliebige Zusammenhang von diesem und jenem“ (Waldenfels 1987, S. 17), der Erfahrung zugleich ermöglicht wie begrenzt und „die Vorbedingung dafür bildet, dass es Fremdes gibt, und zwar in dem präzisen Sinne, dass es sich dem Zugriff der Ordnung entzieht“ (Waldenfels 1997, S. 20). Fremdheit ist somit selbst keine Form, die bestimmte Ordnungen des Eigenen und Anderen ermöglicht (vgl. Hahn 1984), vielmehr begleitet sie das Eigene permanent in Form einer „leibhaftigen Abwesenheit“, die als „Außer-Ordentliches“, als „Überschuß, als Exzeß, [...] einen bestehenden Sinnhorizont überschreitet“ (Waldenfels 1997, S. 35ff). Erfahrbar wird Fremdheit also dadurch, dass sie innerhalb bestimmter Ordnungen nicht nur auf andere Bestimmungsmöglichkeiten, sondern auch auf weitere Bestimmungsnotwendigkeiten verweist. In dieser Hinsicht kommt der Waldenfels'sche Fremdheitsbegriff dem Luhmann'schen Kontingenzbegriff sehr nahe. Wird Fremdheit in diesem Sinne nicht als Ausdruck von Ordnungen, sondern als Moment von Ordnungsbildungen verstanden, so hat ein analytischer Zugang zum Fremden in „einer Art von responsiver Epoché die objektive Erfahrung und Bestimmung des Fremden [zu] durchbrechen und [zu] zeigen, wie die Erfahrung des Fremden in einem Fremdwerden der Erfahrung und der Phänomene gipfelt“ (ebd., S. 109).

Daraus ergeben sich nun bestimmte Erkenntnispotenziale für die ethnographische Erforschung von Ordnungen: Versteht man Fremdheit nämlich als ein Erfahrungsgeschehen, das seinen Grund in Ordnungsbildungen hat, dann muss jede Fremdheitserfahrung auch an die Erfahrung einer Ordnung rühren. Als Außerordentliches, das die Ordnung gleichsam enthüllt, indem es sich selbst „im Ordentlichen zur Sprache bringt“ (Waldenfels 1997, S. 48), kann das Fremde der Ausgangspunkt sein, um Ordnungen sichtbar werden zu lassen. Methodisch geht es dann um *Verfremdung*, das heißt um Wirklichkeitsexperimente, die „Anomalisierungseffekte“ innerhalb einer Ordnung hervorrufen (Waldenfels 1998, S. 224–244). Als solche ließen sich auch die oben geschilderten Befremdungsstrategien verstehen. Da das Paradox einer solchen „Xenologie“ nun aber darin liegt, dass nicht nur jede Bestimmung vom Fremden, sondern „auch jede Erfahrung *des Fremden* auf ein Fremdes zurückverweist, *auf das* sie antwortet“ (Waldenfels 1997, S. 109) geht die Produktivität von Verfremdungsstrategien über die Irritation hinaus. Sie wirkt vielmehr selbst ordnungsgenerierend und zwar als „Paradox einer kreativen Antwort, in der wir geben, was wir nicht haben“ (ebd.). Diese neuen Ordnungsbildungen gehören dann aber weder zum Eigenen noch zum Anderen: „Sie entstehen zwischen uns“ (ebd., S. 53).

Zielsetzung eines ethnografischen Fremdheitsmotivs kann im Sinne einer *Verfremdung* also weder das „Dolmetschen“ noch das „Fremdverstehen“, aber auch nicht die „Befremdung“ als reine Absatzbewegung vom eigenem Wissen sein, denn diese Strategien bleiben alle in das Spiel von Eigenem und Anderem verstrickt, ohne die Verwobenheit von *Eigenem und Fremden* zum Bezugspunkt der Forschung machen zu können. *Verfremdung* bedeutet hingegen einen „Möglichkeitssinn“ freizusetzen (Waldenfels 1998, S. 43). Die damit verbundene De-Zentrierung ist daher auch nicht lediglich auf das Verhältnis von Disziplin und Praxis bezogen, wie etwa Hünersdorf/Müller/Maeder (2008) hervorheben. Vielmehr bindet sie die Ethnographie an bestimmte Möglichkeiten der Neu-Verortung zurück und etabliert sie insofern als besondere Form der sozialen, räumlichen und leiblichen *Erfahrung*. Insofern wäre der Verfremdungsanspruch, den Waldenfels für eine Erforschung von Ordnungen formuliert, auf eine starke Konzeption des Feldforschers zurück zu beziehen, der anders als Aufzeichnungsgeräte, in seiner vielörtlichen Situiertheit eben genau zu dieser Explikation von Erfahrung als positionalem Ordnungsgeschehens befähigt ist (Kalthoff 1997, S. 242).

3.2 Teilnehmende Objektivierung: Das Feld als Medium ethnographischer Feldforschung

Die Waldenfels'sche Konzeption des Fremden als „Außer-Ordentliches“ verweist eine Ethnographie pädagogischer Ordnungen auf die Beobachtung jener Prozesse der Ordnungsbildung, in die sie selbst verstrickt ist. Damit rückt die Feldforschung als ein Erfahrungsgeschehen in den Blick, in dem das Feld mehr ist als nur eine Lokalität. Es stellt vielmehr selbst einen sich multiperspektivisch ordnenden Zusammenhang dar, zu dem die Feldforscher keinen privilegierten Zugang haben, in den sie aber gerade durch ihre lokale Ko-Präsenz eingebunden sind. Eine solche Fremdheitskonzeption richtet eine Ethnographie pädagogischer Ordnungen darauf aus, die Ordnungsfigurationen „im Feld“ als ein Ordnungsgeschehen der Feldforschung in den Blick zu nehmen. Die Ordnung stellt entsprechend keinen *Gegenstand* dar, der einfach *gegeben* ist, sondern sie konstituiert sich vielmehr erst durch die Anwesenheit der Forscher selbst, und zwar als ein *Beobachtungsmilieu*, das selbst jene Positionalitäten vorhält, die es in je unterschiedlicher Weise erst erfahrbar machen.

In forschungsstrategischer Hinsicht setzt eine solche Perspektive jedoch eine Konzeptualisierung *des Feldes* als Ordnungs- und Erfahrungsgeschehen voraus. Anders gesagt: Für eine Ethnographie pädagogischer Ordnungen gilt es, den Feldbegriff, der in der Ethnographie metaphorisch für ihre jeweiligen Gegenstände steht, ordnungstheoretisch zu qualifizieren. Angeknüpft werden kann dabei an jene „Theorie der Felder“, wie sie Bourdieu in zahlreichen Studien entfaltet und für eine allgemeine Theorie des Sozialen fruchtbar gemacht hat (vgl. Bongaerts 2008). Die Theorie der Felder stellt sich dabei der Frage nach der Möglichkeit einer sozialen Ordnung in doppelter Hinsicht und zwar sowohl mit Blick auf ihre Genese als auch mit Blick auf ihre Beobachtbarkeit. Zu ihren Pointen gehört es, dass sie das Feld als einen geordneten Zusammenhang begreift, der die Bedingungen der Möglichkeit seiner Erfahrung stiftet und als solcher nicht unabhängig von seiner Beobachtung existiert (vgl. Neumann 2008, S.

231–246). In diesem Sinne ist das „Feld“ der Feldtheorie nicht einfach das *Objekt* ihrer Darstellungen, sondern deren *Medium*. Anders formuliert: Das Feld bezeichnet keinen Gegenstand, der seiner Beobachtung gegenüber steht, sondern einen „Modus der Objektivierung“ (Bourdieu/Wacquant 1996, S. 262), dem eine bestimmte Auffassung von der Konstitution und Beobachtbarkeit des Wirklichen als Ordnung entspricht.

Eine feldtheoretisch angelegte Feldforschung imaginiert sich damit immer schon als Teil dessen, was sie als Feld zu beschreiben sucht: Das Feld und seine Ordnung existieren nur *in* und *durch* die Beobachtung *als* Feld. Dies hat erhebliche Konsequenzen für den Status des Beobachters. Auf dem Bildschirm der Feldtheorie erscheint er nämlich nicht als einer, der als Unbeteiligter aus der Ferne beobachtet, sondern als ein *endoskopischer* Beobachter, der sich im Feld positioniert, um es von innen her zu erkunden. Der Beobachter transzendiert dabei nicht das Ordnungs- und Erfahrungsgeschehen des Feldes, wie es im Begriff der Übersetzung angelegt ist, sondern oszilliert in ihm. Die Positionierung des feldtheoretisch beobachtenden Beobachters ist damit jedoch nicht nur eine endoskopische, sondern auch eine *dynamische*. Die positionale Ordnung des Feldes wird kartographiert, indem sie abgeschritten wird.

Bei Bourdieu verknüpft sich ein solches Vorgehen mit der von ihm so bezeichneten Strategie der „Teilnehmenden Objektivierung“ (Bourdieu 2004; Bourdieu/Wacquant 1996, S. 287). Der Begriff der „Objektivierung“ markiert dabei kein Privileg des Beobachters, sondern bezeichnet lediglich den Umstand der beobachtenden Hervorbringung des Beobachteten durch ebendiese Beobachtung selbst. „Teilnehmende Objektivierung“ meint somit die *Teilnahme an Beobachtungen*, in denen das Beobachtete sowohl als Beobachtetes wie auch als Beobachtbares erzeugt wird. Der Forscher agiert im Horizont einer solchen Feldkonzeption nicht als derjenige, der als einziger von einer bestimmten Position und Perspektive aus beobachtet, sondern als jemand, der selbst immer auch von unterschiedlichen Positionen und Perspektiven aus beobachtet wird (ähnlich Wiesemann 2010). Als solcher partizipiert er an der beobachtenden Erzeugung einer zu beobachtenden Ordnung in doppelter Hinsicht: einerseits, indem er sie beobachtet, andererseits, indem er sie als jemand, der selbst als Teil dieser Ordnung beobachtet wird, zu einer Selbstbeobachtung herausfordert. Fremdheit tritt dabei als ein Moment von Ordnungsbildungen hervor, und zwar so, wie sie sich in und durch die ethnographische Beobachtung selbst konstituiert. Als hybrides Forschungsinstrument, das teilnimmt *und* beobachtet, insofern es sich am Beobachtungsgeschehen beteiligt, erzeugt der Beobachter somit einen potenziell vielfach dimensionierten verfremdenden Blick auf die Ordnung, die im Medium der Erfahrung des Außerordentlichen immer wieder auf sich selbst als ein Anderes und damit auf ihre eigene Kontingenz stoßen kann. Statt sich in unvertrauter Nicht-Zugehörigkeit oder in Differenz zu einem Anderen zu wähen, das man als Feld vor Augen hat, bedeutet *Verfremdung* dann strategisch, dessen eigene Differenziertheit so zu betrachten, das es zugleich als Nicht-Identisches und für sich selbst Fremdes in Erscheinung treten kann. Das heißt aber, dass sich das Eigene einer Ordnung in der Begegnung mit dem Fremden nicht verbirgt, sondern gerade „entbirgt“. Wie dies vonstattengehen kann, lässt sich an dem folgenden Beispiel aus der teilnehmenden Beobachtung bei einem Mittagessen in einer luxemburgischen „Maison Relais pour enfants“ aufzeigen, in der Kinder einer örtlichen Grundschule am Nachmittag betreut werden:⁴

Ich setze mich an einen der drei Tische im Essensraum. Neben den neun Kindern im Alter von 6 bis 8 Jahren befinden sich auch noch die Erzieherinnen Sandra und Laura im Raum, die an dem Tisch sitzen, an dem ein kleines Buffet für die Nachspeise aufgebaut ist. Sandra teilt den Kindern mit, dass ich heute beim Essen dabei sei, um eine Aufgabe für meine Arbeit zu erledigen. Nachdem die Kinder sich jeweils einen Nachtisch ausgesucht haben, fragt Marco: „Dierfen mir unfänken?“⁵ Laura, die jetzt ebenfalls am Tisch von Marco Platz genommen hat, antwortet: „Jo“. Marco und die andern Kinder am Tisch wünschen sich einen guten Appetit. Die Kinder beginnen damit ihren Joghurt bzw. ihr Obst zu essen, keiner sagt etwas. Nur gelegentlich schaut eines der Kinder zu mir rüber. Anschließend steht Marco auf, nimmt sich ein weiteres Stück Obst und setzt sich wieder hin. Nach einer Weile sagt Sandra zu den Kindern „Dir kennt awer schwätzen, soss schwätzt der jo och emmer“.⁶ Daraufhin antwortet Marco „Mir sollen jo roueg sin dass hien schaffen kann“.⁷ Sandra sagt daraufhin: „Nee daat hutt dir falsch verstanen. Dir sollt tech net vun him beanflossen loossen [...] wéi war et dann haut an der Schoul [...] waat hutt der gemaach?“⁸ „Gudd [...] gebastelt“ antwortet Marco. Daraufhin entwickelt sich ein Gespräch zwischen Sandra und den Kindern, in dem sie sich nach den Hausaufgaben jedes einzelnen erkundigt. ([...] = Pause, S.N.)

Situationen dieser Art sind in der Feldforschungspraxis schon beinahe alltäglich. Sie werden immer dann wahrscheinlich, wenn Beobachter explizit oder auch beiläufig durch das Verhalten der Akteure im Feld als solche adressiert werden. Gewöhnlich werden sie in der Feldforschung unter dem Gesichtspunkt reflektiert, inwieweit dabei das Beobachtete durch die Beobachtung selbst beeinflusst wird. Damit wird nicht nur unterstellt, dass Situationen auch nicht beeinflusst werden könnten und sich ein beobachtetes Geschehen genauso zeigen würde, wenn man nicht beobachtet. Vielmehr wird damit auch der epistemische Wert solcher Situationen für die Feldforschung deutlich unterschätzt (vgl. auch Kalthoff 1997). Das angeführte Beispiel zeigt nämlich, wie sich die Ordnung des Feldes gerade in der Außerordentlichkeit des beobachteten Geschehens zum Ausdruck bringt. Sichtbar wird dies an den Bezugnahmen der Akteure auf die Anwesenheit eines Beobachters, zu der diese sich im Rahmen der unausgesprochenen Regeln des Feldes verhalten. In diesem Sinne verweist die Schweigsamkeit der Kinder auf die Regel, dass während des Arbeitens nicht gesprochen werden soll. Gleichzeitig findet dies aber in einer Situation statt, in der das Sprechen „die Regel“ ist. Insofern führt die Anwesenheit eines „arbeitenden“ Beobachters beim Mittagessen zu einer Irritation. Mit ihr wird ein außerordentliches Moment in eine Ordnung eingeführt, die im Anderen dieser Ordnung erst deren Eigenheiten hervortreten lässt. Die Erzieherin Sandra bringt diese Irritation deutlich zum Ausdruck, indem sie sich öffentlich über die Schweigsamkeit der Kinder wundert. Vor diesem Hintergrund wird dann die Situation auch zu einem Gegenstand von Pädagogisierung. Die Erzieherin nimmt sie zum Anlass, die Kinder zu ihrem gewohnten Verhalten aufzufordern und macht im Zuge dessen zugleich klar, dass diese von einer unangemessenen Verhaltenserwartung ausgegangen sind. Damit setzt sie nicht lediglich die gewohnte Ordnung der Mittagessenssituation wieder in Geltung, sondern eröffnet dem Beobachter auch den Blick darauf, was von der Position der Erzieherin und der Kinder aus das Mittagessen von einer Situation des Arbeitens in der Einrichtung unterscheidet. Das bedeutet nicht, dass das Mittagessen für sich genommen be-

reits eine pädagogische Situation ist, es aber zu einer werden kann, wenn es auf eine bestimmte „teleologische“ Ordnung des Feldes (Winnefeld 1957, S. 32) hin ausgerichtet ist.

4. Zum Schluss: Empirie pädagogischer Ordnungen als Ethnographie pädagogischer Ordnungen

Wird die feldtheoretische Strategie der „Teilnehmenden Objektivierung“ ethnographisch umgesetzt, dann hat dies den gewichtigen Vorteil, dass sie es gestattet noch einmal zusätzlich von der Anwesenheit des Forschers zu profitieren. Die Gegenwart des Forschers, welche die Ethnographie immer schon voraussetzt, kann dabei selbst als ein Moment der Hervorbringung des Ordnungs- und Erfahrungsgeschehens innerhalb eines Feldes arrangiert und analysiert werden. Ethnographie wird dann zu einer *feldinvasiven* Strategie, oder wie Hünnersdorf (2012, S. 53) aus systemtheoretischer Perspektive formuliert: zur „Intervention“.

Eine Ethnographie *pädagogischer* Ordnungen kann dabei – in Analogie zu dem, was Bourdieu in seinen Studien für das künstlerische, wissenschaftliche, religiöse, politische, juristische usw. Feld gezeigt hat – mit der tautologischen und inhaltsfreien Annahme beginnen, dass die „pädagogische Ordnung“ gerade dadurch bestimmt ist, das in ihr auf dem Spiel steht, was pädagogisch ist. An diesem Spiel kann sich die Feldforschung in vielfältiger Hinsicht beteiligen, sei es durch die Dynamisierung von Zonen der (Nicht-)Vertrautheit, der (Nicht-)Zugehörigkeit oder des (Nicht-)Wissens. Die Ordnung ist dann nichts anderes als der relationale Verweisungszusammenhang zwischen simultan möglichen Ereigniskonstellationen, die sich gegenseitig ausschließen. Sichtbar wird das Pädagogische damit immer *auch* als eine Bestimmung dessen, was „im Feld“ für nicht-pädagogisch gehalten wird. Das Nicht-Pädagogische ist dabei nicht etwas Unpädagogisches, sondern nur seine andere Möglichkeit. Es wird also nicht prinzipiell *ex negativo* bestimmt. Aber es wird im Horizont einer in sich differentiellen Ordnung simultaner Möglichkeiten erkennbar, die allesamt auf Pädagogisches verweisen, ohne dass dieses Pädagogische dabei immer als dasselbe in Erscheinung treten würde. So können pädagogische Ordnungsbildungen sich genauso in Formen der Disziplinierung äußern wie in Vorgängen, die man von einem emphatischen Bildungsbegriff her vielleicht eher als Bildungsgeschehen begreifen würde. Es geht jedoch nicht um den Begriff, den man sich davon macht, sondern um die negativen wie positiven Verweisungszusammenhänge, über die sich bestimmte Vollzüge in eine Ordnung einnisten. Das Verfremdungspotenzial der Ethnographie besteht dann gerade darin, im Horizont des jeweils differenten Eigenen das immer auch Andersmögliche zur Sprache zu bringen.

In diesem Sinne versteht sich das Vorangegangene nicht nur als Klärung der Frage, welchen spezifischen Beitrag bestimmte Methoden zur Empirie pädagogischer Ordnungen zu leisten vermögen, sondern auch als ein entschiedenes Plädoyer für eine Rehabilitation der Teilnehmenden Beobachtung in der erziehungswissenschaftlichen Ethnographie – das heißt für die intensiven „Nutzung“

von Feldforschern als hybriden Feldforschungsinstrumenten, die sowohl durch das Feld der wissenschaftlichen als auch der pädagogischen Praxis „vor Ort“ konditioniert werden. Wenn die Ethnographie einen eigenständigen methodischen Beitrag zur empirischen Entdeckung pädagogischer Ordnungen leisten will, dann findet sie in der Person des Feldforschers jenes Instrument, das die Erfahrung des Außerordentlichen – und damit die Erfahrung von pädagogischen Ordnungsbildungen – erst möglich werden lässt.

Anmerkungen

- 1 Vgl. kritisch zu diesen Versuchen einer Abgrenzung von pädagogischer vs. erziehungswissenschaftlicher Ethnographie u.a. Lüders 2006.
- 2 Da davon ausgegangen wird, dass sich im „Verstehen“ zudem Aufgabenstellungen pädagogischer Ethnographie und Praxis vereinen, wird von der Etablierung eines „ethnographischen Habitus“ (Marotzki 2000) in der Ausbildung von Pädagogen nicht zuletzt auch ein Professionalisierungseffekt erwartet.
- 3 Eine Ausnahme stellen in diesem Zusammenhang Konzepte von Videoforschung dar, die sich explizit als „Kameraethnographie“ verstehen (Mohn 2010).
- 4 Das Protokollbeispiel stammt aus Feldbeobachtungen im Rahmen des Forschungsprojekts „Betreuungswirklichkeit und Bildungswirklichkeit. Die Pädagogik der Maisons Relais pour enfants“, das derzeit von der Abteilung „Early Childhood: Education and Care“ an der Universität Luxemburg durchgeführt wird (Laufzeit: 2010 bis 2012).
- 5 „Dürfen wir anfangen?“ (Übersetzung, d. Verf.)
- 6 „Ihr könnt Euch trotzdem unterhalten, sonst sprecht ihr doch auch immer“ (Übersetzung, d. Verf.).
- 7 „Wir sollen ja ruhig sein, damit er arbeiten kann“ (Übersetzung, d. Verf.).
- 8 „Nein, das habt ihr falsch verstanden, ihr sollt euch nicht von ihm beeinflussen lassen ... wie war's denn heute in der Schule? ... Was habt ihr gemacht?“ (Übersetzung, d. Verf.)

Literatur

- Alkemeyer, T. (2003): Zwischen Verein und Straßenspiel. Über die Verkörperungen gesellschaftlichen Wandels in den Sportpraktiken der Jugendkultur. In: Hengst, H./Kelle, H. (Hrsg.): *Kinder – Körper – Identitäten. Theoretische und empirische Annäherungen an kulturelle Praxis und sozialen Wandel*. Weinheim/München, S. 293–318.
- Amann, K./Hirschauer, S. (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In: Hirschauer, S./Amann, K. (Hrsg.): *Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie*. Frankfurt a.M., S. 7–52.
- Anter, A. (2007): *Die Macht der Ordnung. Aspekte einer Grundkategorie des Politischen*. Tübingen.
- Bongaerts, G. (2008): *Verdrängungen des Ökonomischen. Bourdieus Theorie der Moderne*. Bielefeld.
- Bollig, S./Kelle, H. (2008): Hybride Praktiken. Methodologische Überlegungen zu einer erziehungswissenschaftlichen Ethnographie kindermedizinischer Vorsorgeuntersuchungen. In: Hünersdorf, B./Maeder, C./Müller, B. (Hrsg.): *Ethnographie und Erziehungswissenschaft*. Weinheim, S. 121–130.
- Bourdieu, P. (2004): Teilnehmende Objektivierung. In: Bourdieu, P.: *Schwierige Interdisziplinarität. Zum Verhältnis von Soziologie und Geschichtswissenschaft*. Münster, S. 172–186.

- Bourdieu, P./Wacquant, L. J. D. (1996): *Reflexive Anthropologie*. Frankfurt a.M.
- Breidenstein, G./Hirschauer, S. (2002): Endlich fokussiert? Weder ‚Ethno‘ noch ‚Graphie‘. Anmerkungen zu Hubert Knoblauchs Beitrag „Fokussierte Ethnographie“. In: *Sozialer Sinn* 3(1), S. 125–128.
- Breidenstein, G. (2006): *Teilnahme am Unterricht. Ethnographische Studien zum Schülerjob*. Wiesbaden.
- Breidenstein, G. (2010): Einen neuen Blick auf schulischen Unterricht entwickeln: Strategien der Befremdung. In: Heinzel, F./Thole, W./Königter, S./Cloos, P. (Hrsg.): „Auf unsicherem Terrain“. *Ethnographische Forschung im Kontext des Bildungs- und Sozialwesens*. Wiesbaden, S. 205–216.
- Cloos, P./Thole, W. (Hrsg.) (2006): *Ethnografische Zugänge. Professions- und adressatInnenbezogene Forschung im Kontext von Pädagogik*. Wiesbaden.
- Dinkelaker, J./Herrle, M. (2009): *Erziehungswissenschaftliche Videographie. Eine Einführung*. Wiesbaden.
- Eßer, F./Königter, S. (2010): Transdisziplinäre Ethnographie. Reflexionen zu einer empirischen Studie in der Kinder- und Jugendarbeit. In: Riegel, C./Scherr, A./Stauber, B. (Hrsg.): *Transdisziplinäre Jugendforschung*. Wiesbaden, S. 181–198.
- Friebertshäuser, B. (2008): Vom Nutzen der Ethnographie für das pädagogische Verstehen. In: Hünersdorf, B./Müller, B./Maeder, C. (Hrsg.): *Ethnographie und Erziehungswissenschaft. Methodologische Reflexionen und empirische Annäherungen*. Weinheim/München, S. 4–64.
- Fritzsche, B./Idel, T.-S./Rabenstein, K. (2011): Ordnungsbildung in pädagogischen Praktiken. Praxistheoretische Überlegungen zur Konstitution und Beobachtung von Lernkulturen. In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 31(1), S. 28–44.
- Hahn, A. (1994): Die soziale Konstruktion des Fremden. In: Sprondel, W. (Hrsg.): *Die Objektivität der Ordnungen und ihre kommunikative Konstruktion*. Frankfurt a.M., S. 140–166.
- Hogrebe, W. (1993): Die epistemische Bedeutung des Fremden. In: Wierlacher, A. (Hrsg.): *Kulturthema Fremdheit*. München, S. 355–370.
- Honig, M.-S. (2010): Beobachtung (früh-)pädagogischer Felder. In: Schäfer, G./Staeger, R. (Hrsg.): *Frühkindliche Lernprozesse verstehen: Ethnographische und phänomenologische Beiträge zur Bildungsforschung*. Weinheim/München, S. 91–101.
- Honig, M.-S./Lange, A./Leu, H. (1999): Eigenart und Fremdheit. Kindheitsforschung und das Problem der Differenz von Kindern und Erwachsenen. In: Honig, M.-S./Lange, A./Leu, H. (Hrsg.): *Aus der Perspektive von Kindern? Zur Methodologie der Kindheitsforschung*. Weinheim/München, S. 9–32.
- Huf, C./Panagiotopoulou, A. (2011): Institutionalisierung des Übergangs in die Schule: Methodische Herausforderungen ethnographischer Forschung im englischen und finnischen Bildungssystem. In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 31(3), S. 264–279.
- Hünersdorf, B. (2012): Erziehungswirklichkeit im Spannungsfeld von Systemtheorie und Ethnographie. In: Friebertshäuser, B./Kelle, H./Boller, H./Bollig, S./Huf, C./Langer, A./Ott, M./Richter, S. (Hrsg.): *Feld und Theorie. Herausforderungen erziehungswissenschaftlicher Ethnographie*. Opladen, S. 41–56.
- Hünersdorf, B./Müller, B./Maeder, C. (2008): *Ethnographie der Pädagogik: Eine Einführung*. In: Hünersdorf, B./Müller, B./Maeder, C. (Hrsg.): *Ethnographie und Erziehungswissenschaft. Methodologische Reflexionen und empirische Annäherungen*. Weinheim, S. 11–25.
- Idel, T.-S./Kolbe, F. U./Carvalho, I. (2009): Praktikentheoretische Rekonstruktion videographierter Lernkultur. Ein Werkstattbericht. In: *Sozialer Sinn* 10(1), S. 181–198.
- Kalthoff, H. (1997): Fremdenrepräsentationen. Über ethnographisches Arbeiten in exklusiven Internatsschulen. In: Hirschauer, S./Amann, K. (Hrsg.): *Die Befremdung der eigenen Kultur*. Frankfurt a.M., S. 240–266.
- Kelle, H. (2005): Kinder und Erwachsene. Die Differenzierung von Generationen als kulturelle Praxis. In: Hengst, H./Zeher, H. (Hrsg.): *Kindheit soziologisch*. Wiesbaden, S. 83–108.

- Köngeter, S. (2010): Zwischen Rekonstruktion und Generalisierung – Methodologische Reflexionen zur Ethnographie. In: Heinzl, F./Thole, W./Köngeter, S./Cloos, P. (Hrsg.): „Auf unsicherem Terrain“. Ethnographische Forschung im Kontext des Bildungs- und Sozialwesens. Wiesbaden, S. 229–241.
- Lüders, C. (2000): Beobachten im Feld und Ethnographie. Flick, U./Kardorff, E. von/Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek, S. 384–401.
- Lüders, C. (2006): Pädagogische Ethnographie und Biographieforschung. In: Krüger, H.-H./Marotzki, W. (Hrsg.): Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung. Wiesbaden, S. 137–148.
- Marotzki, W. (2000): Der Aufbau einer ethnographischen Haltung – ein notwendiger Habitus für Diplompädagogen. In: Homfeldt, H. G./Schulze-Krüdener, J./Honig, M.-S. (Hrsg.): Qualitativ-empirische Forschung in der Sozialen Arbeit. Trier, S. 43–65.
- Meseth, W. (2010): Ordnungen der Interaktion: Sprache – Organisation – Semantik. In: Neumann, S. (Hrsg.): Beobachtungen des Pädagogischen. Programm – Methodologie – Empirie. Luxembourg, S. 71–78.
- Mohn, B. E. (2010): Zwischen Blicken und Worten: kamera-ethnographische Studien. In: Schäfer, G./Staege, R. (Hrsg.): Frühkindliche Lernprozesse verstehen: Ethnographische und phänomenologische Beiträge zur Bildungsforschung. Weinheim/München, S. 207–231.
- Nadai, E./Maeder, C. (2005). Fuzzy Fields. Multi-Sited Ethnography in Sociological Research. In: FQS 6(3), <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0503288> [15.08.2011].
- Neumann, S. (2008): Kritik der sozialpädagogischen Vernunft. Feldtheoretische Studien. Weilerswist.
- Neumann, S. (2010): Die soziale Ordnung des Pädagogischen und die Pädagogik sozialer Ordnungen. Feldtheoretische Perspektiven. In: Neumann, S. (Hrsg.): Beobachtungen des Pädagogischen. Programm – Methodologie – Empirie. Luxembourg, S. 79–95.
- Neumann, S. (2011): Ordnungen der Erziehungswirklichkeit. Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation 31(1), S. 4–11.
- Rademacher, S. (2009): Der erste Schultag: pädagogische Berufskulturen im deutsch-amerikanischen Vergleich. Wiesbaden.
- Reh, S./Rabenstein, K./Idel, T.-S. (2011): Unterricht als pädagogische Ordnung. Eine praxistheoretische Perspektive. In: Meseth, W./Proske, M. (Hrsg.): Zur Bedeutung der Theorie des Unterrichts. Bad Heilbrunn, S. 209–222.
- Reuter, J. (2002): Ordnungen des Anderen. Zum Problem des Eigenen in der Soziologie des Fremden. Bielefeld.
- Schäfer, G. E. (2010): Frühkindliche Bildungsprozesse in ethnographischer Perspektive. Zur Begründung und konzeptionellen Ausgestaltung einer pädagogischen Ethnographie der frühen Kindheit. In: Schäfer, G./Staege, R. (Hrsg.): Frühkindliche Lernprozesse verstehen: Ethnographische und phänomenologische Beiträge zur Bildungsforschung. Weinheim/München, S. 69–90.
- Schulz, M. (2010): Performances. Jugendliche Bildungsbewegungen im pädagogischen Kontext. Wiesbaden.
- Schulze-Krüdener, J./Vogelgesang, W. (2002): Feldforschung bei jugendlichen Medien- und Brauchkulturen. Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung 3(1), S. 65–91.
- Thole, W. (2010): Ethnographie des Pädagogischen. Geschichte, konzeptionelle Kontur und Validität einer erziehungswissenschaftlichen Ethnographie. In: Heinzl, F./Thole, W./Köngeter, S./Cloos, P. (Hrsg.): „Auf unsicherem Terrain“. Ethnographische Forschung im Kontext des Bildungs- und Sozialwesens. Wiesbaden, S. 17–38.
- Thole, W./Cloos, P./Küster, E. (2004): Forschung „in eigener Sache“. In: Hörster, R. (Hrsg.): Orte der Verständigung: Beiträge zum sozialpädagogischen Argumentieren. Freiburg im Breisgau, S. 66–88.

- Wagner-Willi, M./Wulf, C. (2007): Zur Ethnographie der Berliner Ritualstudie. In: Weigand, G./Hess, R. (Hrsg.): *Teilnehmende Beobachtung in interkulturellen Situationen*. Frankfurt a.M., S. 157–175.
- Waldenfels, B. (1987): *Ordnung im Zwielficht*. Frankfurt a.M.
- Waldenfels, B. (1997): *Topographie des Fremden. Studien zur Phänomenologie des Fremden 1*. Frankfurt a.M.
- Waldenfels, B. (1998): *Grenzen der Normalisierung: Studien zur Phänomenologie des Fremden 2*. Frankfurt a.M.
- Wiesemann, J. (2006): Die Sichtbarkeit des Lernens. Annäherungen an einen pädagogischen Lernbegriff. In: Cloos, P./Thole, W. (Hrsg.): *Ethnografische Zugänge. Professions- und adressatInnenbezogene Forschung im Kontext von Pädagogik*. Wiesbaden, S. 171–182.
- Wiesemann, J. (2010): Ethnographie (machen) mit Kindern in der Schule. In: Heinzel, F./Thole, W./Königter, S./Cloos, P. (Hrsg.): *„Auf unsicherem Terrain“*. Ethnographische Forschung im Kontext des Bildungs- und Sozialwesens. Wiesbaden, S. 143–152.
- Winnefeld, F. (1957): *Pädagogischer Kontakt und pädagogisches Feld. Beiträge zur Pädagogischen Psychologie*. München.
- Zinnecker, J. (2000): Pädagogische Ethnographie. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 3(3), S. 381–400.

Schmid, H./Meysen, T. (2006): Was ist unter Kindeswohlgefährdung zu verstehen? In: Kindler, H./Lillig, S./Blüml, H./Meysen, T./Werner, A. (Hrsg.) (2006): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: DJI, S. 2-1-2-9.

Schone, R./Gintzel, U./Jordan, E./Kalscheuer, M./Münder, J. (1997): Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit. Münster: Votum.

Staschek, B. (2006): Expertise Familienhebammen (BMFSFJ-Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“). www.staschek.com/images/StaschekFamilienhebammen.pdf (Abruf: 1. 8. 2012).

Turba, H. (2012): Grenzen „begrenzter Rationalität“ – Politisch-administrative Steuerungsmöglichkeiten im Kinderschutz. In: Marthaler, T./Bastian, P./Bode, I./Schrödter, M. (Hrsg.) (2012): Rationalitäten des Kinderschutzes. Kindeswohl und soziale Interventionen aus pluraler Perspektive. Wiesbaden: VS, S. 79–104.

Turnel, A. (2008): A Historical Sociology of Childhood. Developmental Thinking, Categorization and Graphic Visualization. Cambridge: Cambridge University Press.

Urban, U. (2004): Professionelles Handeln zwischen Hilfe und Kontrolle – Sozialpädagogische Entscheidungsfindung in der Hilfeplanung. Weinheim/München: Juventa.

Sabine Bollig

,Individuelle Entwicklung‘, als familiales Projekt

Zur Normativität von Normalisierungspraktiken in kindermedizinischen Vorsorgeuntersuchungen

1. Kindermedizinische Untersuchungen und die Normierung von ‚Entwicklungskindheit‘

Medizinische Routineuntersuchungen im Kindesalter, wie die deutschen Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen, zielen darauf, bei allen Kindern einer bestimmten Altersgruppe etwaige Problemstellungen in der kindlichen Entwicklung frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, um dadurch die Manifestierung von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen zu verhindern. Gerade wegen dieser präventiven Ausrichtung lassen sie sich als zentrale Institutionen einer entwicklungsbezogenen Normierung von Kindheit verstehen (vgl. Kelle i. d. B.) – und zwar in doppelter Weise:

Zum einen bringen sie medizinisch-psychologische Entwicklungsnormen zur Anwendung durch welche die Differenzierung zwischen ‚unauffälliger/nicht-gefährdeter‘ versus ‚auffälliger/gefährdeter‘ Entwicklungsprozesse am jeweils konkreten Fall vollziehbar wird. Die frühzeitige Erkennung und Vermeidung von Entwicklungsproblemen wird dabei durch statistische Risikokonzepte möglich, welche Entwicklungsgefahren bereits im Vorfeld ihres Auftretens auf der Basis von „normal ranges“ kalkulierbar machen (vgl. Hacking 1990). Mit ihrer Orientierung an diesen statistischen Normalitätskonstruktionen konstituiert sich in den medizinischen Routineuntersuchungen ein objektiver und geordneter Körper der Kinder, an dem die individuellen Entwicklungsfortschritte scheinbar nur abgelesen werden müssen, und der die Aufwendungen zur Durchsetzung je spezifischer Entwicklungsnormen gleichsam in sich aufnimmt und vergessen macht (vgl. Turnel 2009). Als regelmäßig in der Kindheit stattfindende ‚Check-ups‘ sind die medizinischen Routineüberprüfungen daher als zentraler Distributions- und Legitimationskontext für Entwicklungsnormen zu verstehen, die über ihre medizinische Funktion hinaus dazu beitragen, dass uns die individuellen

Formen des Aufwachsens von Kindern als ‚normal‘ (oder eben auch nicht) erscheinen.

Zum anderen – jedoch eng mit Ersterem verknüpft – stellen die Untersuchungen zentrale gesellschaftliche Orte der Normierung elterlichen Sorgens und Erziehungsverhaltens dar. Historisch betrachtet, kann das im Schnittfeld von (Sozial-)Medizin, Pädagogik und Psychologie aufgebaute Feld der öffentlich veranstalteten Entwicklungsdiagnostik nämlich als einer der zentralen Transmissionsriemen für das moderne Arrangement von Eltern, Kindern und Staat/Gesellschaft verstanden werden (vgl. Armstrong 1983). In diesem Arrangement stellt der objektivierende Körper der Kinder das vermittelnde Objekt zwischen dem öffentlichen, staatlichen Raum und dem privaten Raum der Familie dar (vgl. Lee/Motzkau 2011) – und dies sowohl epistemologisch wie praktisch. So schuf, wie Turnel (2009) aufzeigt, erst die statistische Konstruktion und Repräsentation ‚normaler Entwicklung‘ im ausgehenden 19. Jahrhundert die Wissensvoraussetzungen für die rationelle Ausgestaltung der zeitgleich forcierten Maßnahmen zur Kontrolle und Anleitung der vor allem mütterlichen Familienarbeit in der Pflege und Erziehung der Kinder.¹ Als zentraler Umschlagplatz für die medizinische Normierung ‚guter Elternschaft‘ etablierten sich diese Untersuchungen im Kontext der hygienischen Gesundheitsfürsorge aber vor allem auch deshalb, weil bei ihnen die Eltern (resp. Mütter) bei der Untersuchung ihrer Kinder dabei waren – und auch direkt adressiert wurden (vgl. Jones 1983). Das machte und macht die medizinischen Früherkennungsuntersuchungen bis heute zu einem der zentralen Orte, an dem die Erfassung kindlicher Entwicklungsfortschritte und die entwicklungsbezogene Normierung elterlichen Verhaltens amalgamieren (vgl. Bollig/Tervooren 2009). In der aktuellen Debatte zur „(Neu-)Regulierung“ und „Entprivatisierung“ der Familien werden die seit 2006 zur Verpflichtung gemachten Kindervorsorgeuntersuchungen deshalb auch als bedeutsame Arenen zur (Re-)Produktion gesellschaftlicher Erwartungen an die pädagogische Ordnung der Familie benannt (vgl. Oelkers/Richter 2010; Hünersdorf/Toppe 2011).

In dieser doppelten Normierungsfunktion sind kindermedizinische Früherkennungsuntersuchungen entsprechend als *Institutionen der Entwicklungskindheit* zu verstehen (vgl. Kelle 2009). Mit diesem Begriff ist eine kindheitssoziologische Perspektive umrissen, in der ‚Entwicklung‘ als gesellschaftliches Produkt, als „both a cognitive form and a hybrid object“

(Turnel 2009, S. 311), dekonstruiert wird, das nicht einfach Wesensmerkmale von Kindern beschreibt, sondern diese als soziomateriales Phänomen überhaupt erst in bestimmter Weise hervorbringt (vgl. Prout 2002; Bollig 2010). Da die Konzeption von Entwicklung jedoch nicht nur Kinder betrifft, sondern auch reguliert wer oder was als Erwachsener zu gelten hat und in welchem Sorgeverhältnis Erwachsene/Eltern und Kinder zueinander stehen, stellt es auch eines der zentralen Bezugspunkte der Generationendifferenzierung dar (vgl. Bloch/Popkewitz 2000). In kindheitssoziologischen Terms wird dieses relationale Verhältnis von Erwachsenen und Kindern mit dem Konzept von *Kindheit als einer generationalen Ordnung* gefasst (vgl. Honig 1999). Kindermedizinische Früherkennungsuntersuchungen in diesem Sinne als Institutionen der Entwicklungskindheit zu konzeptualisieren, führt entsprechend dazu die beiden oben angesprochenen Normierungsprozesse in ihrem wechselseitigen Bezug zu thematisieren. Es stellt sich dann die Frage, wie und in welcher Weise in diesen Untersuchungen ‚Entwicklung‘ formiert wird und welche Erwartungen dadurch in Bezug auf das Verhältnis von Eltern zu ihren Kindern wirksam werden.

Wie ein solches „governing parents through child development knowledge“ (vgl. Bloch/Popkewitz 2000) in der lokalen Untersuchungspraxis geschieht, steht im Fokus meines ethnographischen Dissertationsvorhabens „Entwicklungskindheit als Beobachtungsprojekt“. Dabei untersuche ich am Beispiel der deutschen Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen wie sich die praktische Konstruktion bestimmter Entwicklungskonzepte mit der Formierung und Kontrolle familiärer/elterlicher Sorge- und Erziehungsaufgaben in diesen Untersuchungen praktisch vermittelt. Analytisch stehen dabei die ‚Praktiken der Entwicklungsbeobachtung‘ im Vordergrund, welche ich aus praxisanalytischer Perspektive (vgl. Schatzki 2002) als eine heterogene Darstellungspraxis rekonstruiere, in der Entwicklungsphänomene in je spezifischer Weise repräsentiert und hervorgebracht werden, und die ihre Normativität in Bezug auf das Verhältnis von Kindern und Eltern vor allem auch dadurch entfaltet, dass sich in dieser Hervorbringung von Entwicklungsphänomenen Prozesse der Fremd- und Selbstbeobachtung in vielfältiger Weise verschränken.

In diesem Beitrag fokussiere ich nun eine Praxis in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen, die zunächst weniger auf deren Normierungseffekte, im Sinne der Durchsetzung von Normen, hinzuweisen scheint. Vielmehr wird das (scheinbar) gegenteilige realisiert, nämlich die Normalisierung bestimmter Abweichungen von der Norm. Dies geschieht dadurch, dass Leistungen/Verhaltensweisen des Kindes zwar als auffallend kommuniziert werden, es aber dennoch auch zu Normalitätszuschreibungen kommt. Olin-Lauritzen/Sachs (2001) haben in ihrer Studie zu Check-up-Untersuchungen ein relativ ähnliches Phänomen hervorgehoben: das „subtle downplaying of results“. Dieses von ihnen beobachtete Herunterspielen von Ergebnissen zur Größen- und Gewichtsentwicklung von Kleinkindern veror-

1 Dass diese Rationalisierung der Familie entlang von Entwicklungsnormen seine Vorläufer in der frühen sozialhygienischen Konstruktion des Kinderkörpers fand, hat Foucault (2003) in seiner Studie zum westeuropäischen Masturbationsdiskurs für das ausgehende 18. Jahrhundert aufgezeigt. Die kampagnenhafte Struktur des Masturbationsdiskurses zeigte ihre Wirksamkeit, Foucault folgend, dabei vor allem durch die Somatisierung und Pathologisierung der Masturbation, die eine neue „Physik des familialen Raums“ durchzusetzen half, in denen die (bürgerlichen) Kinder der ständigen Beobachtung durch ihre Eltern bedurften.

ten sie dabei innerhalb einer doppelten Problemstellung der Professionellen in den Untersuchungen: zum einen statistische Normalitätskonstrukte mit dem individuellen Fall vermitteln zu müssen und zum anderen gegenüber ihren Patienten/Eltern in einer Spannung zwischen „informing and supporting“ zu stehen. Dies führe dazu, dass „understandings of norms, and normal range, are constantly created and recreated in the actual moment-by-moment interaction in ways that are not related simply to objective findings“ (ebd., S. 513). Interessieren sich Olin-Lauritzen/Sachs dabei vor allem dafür, wie sich die Akteure die statistischen Konstruktionen von *Risiken* in medizinischen Tests verstehbar machen, so richte ich im Folgenden den Blick auf die andere Seite dieser Risikokonstruktionen, nämlich die Frage, welche *„einheimischen“ Konzeptionen normaler Entwicklung* in solche Normalisierungspraktiken eingewoben sind (vgl. Bollig 2010). Dabei analysiere ich, wie in den von mir beschriebenen Normalisierungspraktiken, Normalitäten‘ eingeführt werden, in welcher Weise es zur situativen Aushandlung von Normalitätsgrenzen kommt, und welche normativen Erwartungen gegenüber Eltern durch diese Praktiken etabliert werden; sprich: wie *Entwicklungs-kindheit* in diesen Untersuchungen praktisch formiert wird.

2. Analytische Konzepte und empirisches Material dieser Studie

2.1 Normalisierung, Normalität und Normativität

Wenn ich hier von Praktiken der Normalisierung spreche, referiere ich auf ein vielschichtiges Konzept (vgl. Wenning 2001; Kelle i. d. B.). In medizinischen/therapeutischen Kontexten wird der Begriff der Normalisierung meist mit einer positiven Bedeutung versehen, beispielsweise wenn sich ein kritischer Zustand wieder auflöst, sprich ‚normalisiert‘. Im sozialwissenschaftlichen Vokabular wird er dahingegen zumeist im Sinne einer kritischen Analyse moderner gesellschaftlicher Subjektivierungsformen verwandt. In Anlehnung an den Foucaultschen Begriff der Normalisierungsgesellschaft (vgl. Foucault 1999) macht der Begriff hier darauf aufmerksam, dass gesellschaftliche Integrationsprozesse und die Ausbildung des Selbstverhältnisses von Individuen zunehmend über die stetige Relationierung von Individuum und Bevölkerung aufgebaut werden.² Dies führe zu einer (Selbst-)

Ausrichtung an durchschnittlichen Normalitäten, welche die Orientierung an repressiven Erwartungsregeln mehr und mehr ersetze und daher, wie Link (1998) betont, zu einer Autonomie des Normalen gegenüber dem Normativen geführt hat.

Link (ebd.) differenziert dabei zwei Typen von Normen. Mit dem Terminus „normative Normen“ werden die sozialen, ethischen und juristischen Normen angesprochen, die als gesellschaftliche Regeln und Erwartungshaltungen gegenüber dem Einzelnen durchgesetzt werden sollen („gute Eltern gehen rechtzeitig mit ihren Kindern zu den Vorsorgeuntersuchungen!“). Normative Normen sind insofern „Punktnormen“ (Waldschmidt 1998, S. 10f.), da klar umrissen ist, welche Erwartungen entlang einer Ja/Nein-Logik erfüllt werden sollen und lediglich die Form der Sanktionierung bei Nicht-Konformität graduellen Schwankungen unterliegt. Normalistische Normen dahingegen beziehen sich auf Häufigkeiten und dienen zum Vergleich von Individuen entlang durchschnittsbasierter Maßstäbe. Sie nehmen daher eher die Form von „Streckenormen“ (ebd.) ein, da sie mehr oder weniger große Bandbreiten umfassen, die um einen Durchschnitt gruppiert sind (5 % der Kinder gehen selbständig mit 10 Monaten, 50 % mit 12 Monaten). Mit solchen normalistischen Normen hat man es (zunächst) bei den entwicklungspsychologisch und medizinisch formulierten Entwicklungsnormen zu tun. Was ihre Orientierungsfunktion betrifft, so unterscheiden sich normalistische und normative Normen vor allem darin, wie sie soziales Handeln und Normsetzung in eine Reihenfolge bringen: leiten normative Normen mit ihrer binären Codierung von Normeinhaltung und Normverletzung Handeln im Vorfeld an (damit sich mein Kind gut entwickelt, muss ich dies und jenes tun‘), so führen normalistische Normen erst im Nachhinein zu Bewertungen und Erwartungsverhalten (im Vergleich zu den anderen ist mein Kind nicht normal, daher muss ich was ändern‘). In diesem differentiellen Bezug von Handlungsanleitung und Normsetzung wirft Normativität das Problem der Toleranz insofern ganz grundsätzlich auf, während Normalität als graduelle Kategorie mit (quasi-technischen) Toleranzen arbeitet (Link 1998, S. 22).

Was nun diese Übergänge und Toleranzen angeht, differenziert Link (1998, 2008) zwei Spielarten des Normalismus: zum einen den „Protonormalismus“, der lediglich einen schmalen Bereich des Normalen ausweist und diesen über massiv abschreckende Normalitätsgrenzen einhegt. Und zum anderen den „flexiblen Normalismus“, der für viele Lebensbereiche heute charakteristisch ist. Hierbei wird der Normalbereich auf der Basis ermittelter Normalverteilungen maximal ausgeweitet, was im Wesentlichen durch Inklusion und Integration protonormalistisch produzierter „Anormalitäten“ geschieht. Da die neueren Entwicklungsmodelle sich stark an der Individualität und Variabilität kindlicher Entwicklung ausrichten (vgl. Michaelis/Niemann 2010), was insbesondere ab dem Kleinkindalter zu relativ breiten Korridoren des Normalen führt, lassen sich diese zunächst auch eher

2 Hat Foucault in seinem früheren Werk „Überwachen und Strafen“ den Begriff der Normalisierung noch im Kontext der disziplinarischen Herstellung von Subjekten verwendet, also als kontrollierende Anpassung an präskriptive Verhaltensnormen, so unterscheidet er später zwischen ‚disziplinarischer‘ und ‚regulierender‘ Normalisierung, wobei letztere in der Ausrichtung von Subjekten am normalverteilten Verhalten vieler besteht (vgl. Schrage 2008).

diesem zweiten Modell zurechnen (vgl. Link 2008). Damit flexible Normalitätsmodelle jedoch nicht insgesamt kollabieren, muss es auch hier eine erkennbare Festlegung von Normalitätsgrenzen geben. Bezogen auf Entwicklungsnormen werden diese mit Blick auf pathologische Zustände oder massive Einschränkungen der weiteren Entwicklung, die sog. Entwicklungsstörungen, gezogen. Da jedoch der optimalen Entwicklung aller Kinder gerade in der frühkindlichen Phase ein hoher Wert beigemessen wird – wobei das entwicklungsförderliche Verhalten von Eltern als zentrale Resource gilt –, gleichzeitig es aber auch eine gesellschaftliche Kritik an den Folgen der Normierung von Kindern gibt (z.B. Sonderschulwesen), zeigt sich die Festlegung von Normalitätsgrenzen auch hier mit einem hohen Aufwand symbolischer Aushandlungen konfrontiert. Entsprechend kommt es, wie Link (1998, S. 33) für normalistische Regimes generell festhält, auch hier zu vielfältigen und neuartigen „Interferenzen und Koppelungen zwischen Normalität und Normativität“. Geht es in den flexibel-normalistischen Regimes dabei jedoch zunächst um eine breite Inklusion in den Bereich des Normalen, um Zuschreibungen von Anormalität zu vermeiden, so bezeichnet in diesem Fall *Normalisierung* auch nicht einfach nur die Ausrichtung und Anpassung an das Normale, sondern vielmehr die Platzierung eines Verhaltens im Bereich des Auch/Noch-Normalen und somit Ausweitung der Norm. Um solche Formen des ‚Normalmachens‘ geht es im Folgenden.

2.2 Daten und Untersuchungsfeld

Die dargestellten Analysen basieren auf Protokollsequenzen der teilnehmenden Beobachtung von Kindervorsorgeuntersuchungen, die über mehrere längere Feldphasen im Zeitraum von 2006 bis 2010 bei 18 niedergelassenen (Kinder-)Ärzten und sechs Schulärzten erhoben wurden.³ Die Kindervorsorgeuntersuchungen werden als Krankenkassenleistungen fortlaufend in insgesamt zehn Einzeluntersuchungen (U1–U9) von 0–5% Jahren durch niedergelassene (Kinder-)Ärzte durchgeführt. Die Schuleingangsuntersuchungen (SEU) dahingegen durch die sogenannten Schulärzte in den kinder- und jugendärztlichen Diensten der kommunalen Gesundheitsämter, und dies in aller Regel auch nur einmalig im Zuge des Einschulungsverfahrens. Daher unterscheiden sich beide Untersuchungstypen in ihrer Form und

Funktion stark. Was den Untersuchungsablauf und die Interaktionsdynamik in den Untersuchungen betrifft, zeigen sich jedoch auch deutliche Gemeinsamkeiten: Beide Untersuchungen werden von Medizinerinnen und ihren Assistentinnen durchgeführt, wobei die Kinder von ihren Eltern oder einem Elternteil begleitet werden. Die Untersuchungen richten sich zudem an alle Kinder einer Alterskohorte und fokussieren dabei sowohl individualmedizinische wie entwicklungsdiagnostische Fragestellungen. Im Fall der späteren Vorsorgen U8, U9, bei denen die Kinder zwischen vier und 5% Jahre alt sind, werden zudem dieselben Entwicklungsbereiche fokussiert, wie bei den SEUs, bei denen die Kinder im Regelfall zwischen fünf und sechs Jahre alt sind. Beide Untersuchungen sind zudem explizite Früherkennungsuntersuchungen.

Diese präventive Funktion ist sicherlich der Hauptgrund dafür, dass die hier interessierenden praktischen Formen des ‚Normalmachens‘ in beiden Untersuchungsformen in ähnlicher Weise, wenn auch mit unterschiedlicher Häufigkeit⁴, zu beobachten sind. Was die frühdiagnostischen entwicklungsbezogenen Anteile der Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen betrifft, erfüllen nämlich beide Untersuchungsformen zunächst die Funktion, über vielfältige Untersuchungsmethoden die Kinder in solche mit oder ohne „Anzeichen“ (vgl. Hafen 2007) für eine möglicherweise auftretende Entwicklungsgefährdung zu unterteilen. Erst dadurch wird Früherkennung möglich. Ob diese Anzeichen dabei jedoch tatsächlich auf eine drohende Entwicklungsstörung verweisen, oder lediglich im Bereich der normalen Variabilität zu verorten sind, ist bei Anzeichen, die nicht eindeutig auf bestimmte Krankheitsbilder bezogen sind, eine häufig erst zu klärende Frage. Die folgenden Analysen rücken nun diesen Prozess der Einordnung von Anzeichen in den Vordergrund, wobei mich jedoch weniger interessiert, wie Ärzte diese Beurteilungen für sich erarbeiten. Vielmehr geht es mit Blick auf die doppelte Normierungsfunktion der Untersuchungen um die interaktive und wissenskonstruktive Dynamik der Untersuchungssituationen, in denen ein Verhalten/eine Leistung oder aber ein Gesamtbefund explizit als auffallend, aber auch als ‚normal‘ kommuniziert wird.

3 Das Datenmaterial wurde im Kontext des DFG-Projektes „Kinderkörper in der Praxis“ (Leitung Helga Kelle) erhoben, das von 2006 bis 2011 an der Goethe-Universität Frankfurt durchgeführt wurde und sich einer Ethnographie der Prozessierung von Entwicklungsnormen in Kindervorsorgeuntersuchungen (U3–U9) und Schuleingangsuntersuchungen widmete. Zu Sample und Methodik des Projektes und der eigenen Studie siehe Bollig 2010, Kelle 2010.

4 Insgesamt kommen solche Normalisierungen in den Kindervorsorgeuntersuchungen häufiger vor, was neben den dort eher eingesetzten informellen Methoden der Entwicklungsdiagnostik auch aus den differenten zeitlichen Regimes der beiden Untersuchungen erklärlich wird (vgl. Bollig 2010).

3. Normalisierungspraktiken in Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen

3.1 Prekäre Normalitäten: Normalisieren als Platzierung in gegebenen Normalfeldern

Sowohl in den Kindervorsorge- als auch den Schuleingangsuntersuchungen wird in kurzer Zeit ein recht umfassendes Untersuchungsprogramm realisiert, dass entweder über standardisierte Verfahren oder über praxisinterne Routinisierungen gesteuert wird. Entsprechend wird ein hohes Maß an Einzelbefunden (zu Sprache, Motorik, Verhalten, Hautbild, etc.) erarbeitet. Mitteilungen zu den Ergebnissen der unterschiedlichen Teiluntersuchungen durchziehen daher den gesamten Untersuchungsablauf, auch wenn diese bei den späteren Vorsorgen und den SEUs weniger häufig zu beobachten sind, da hier die Interaktion der Ärzte mit den Kindern deutlicher im Vordergrund stehen. Hier werden die Einzelergebnisse oft eher zum Ende der Untersuchung noch einmal detailliert rückgemeldet, auch um die Gesamteinschätzung (Vorsorgen: Kind altersgerecht entwickelt ja/nein, SEU: Kind schulfähig ja/nein) zu begründen. Die Begriffe „unauffällig“, „ok“, „in Ordnung“, und „normal“ werden dabei weitestgehend synonym eingesetzt, wobei sehr gute Ergebnisse mit Superlativen belegt werden: „richtig gut“, „klasse“, „super“, „tipp-top“ usw.

Sind die Befunde jedoch nicht „super“, sondern „normal“, wird die Rückmeldung häufig so aufgebaut, dass die Leistungen/Entwicklungsphänomene zwar explizit im Sinne einer Abweichung angesprochen werden, gleichzeitig aber auch kommuniziert wird, dass dies in den Bereich des Normalen fällt. Entsprechend handelt es sich bei dieser Form des Als-Normal-Erklärens auch noch nicht um eine Ausweitung der Normalitätsgrenzen, sondern um eine individuelle Platzierung der Ergebnisse innerhalb des für diese Bereiche gültigen Normalitätskorridors.

SEU: Schulanfängerin: „Bei der Sprachprüfung hat sie ein Wort nicht er-
kannt, aber das ist im Normbereich“⁵.

U8: Der Arzt schaut sich die Somatogramme zur Gewichts- und Größenentwicklung an: „Er gehört zu den Leichten, aber liegt auf seiner Linie. Das ist also ganz normal“.

5 Bei den Materialauschnitten referiere ich auf Protokolle teilnehmender Beobachtung, die sowohl von mir als auch meinen Kolleginnen Julia Jansco, Marion Ott, Anna Schweda und Katharina Stoklas im Rahmen des DFG-Projektes erstellt wurden. Alle Namen der in den Protokollen genannten Personen sind anonymisiert.

Dieses typische Muster der Ergebnissrückmeldung, das sich aus der Spannung von Abweichungskommunikation und Normalitätszuweisung aufbaut, hat mit den Formen der Entwicklungsüberprüfung selbst zu tun. Denn deren Leistung ist es zunächst, (Standard-)Abweichungen vom Mittelwert sichtbar zu machen. Dies ist insbesondere der Fall bei Entwicklungstests, wie die in den Kindervorsorgen häufig eingesetzten Denver-Entwicklungsskalen (DES)⁶ oder dem in den hessischen Schuleingangsuntersuchungen eingesetzten Entwicklungsscreening S-ENS. Aber auch die in beiden Untersuchungen eingesetzten Seh- und Hörtests „funktionieren“ so, dass auf der Basis einer kontrollierten Testdurchführung Ergebnisse in Form von Zahlenwerten oder graphischen Platzierungen produziert werden. Diese werden dann wiederum durch einen angegebenen Normbereich, mit welchem der gemessene Wert verglichen werden kann, in die Aussage „normal“ oder „nicht-normal“ übersetzbar.

Diese Normbereiche werden dabei entweder dadurch konstruiert, dass wie bei dem S-ENS oder dem Seh-/Hörtest Untergrenzen angegeben werden und der Test mit Leistungen in einem bestimmten Bereich endet, bspw. dem Hören einer bestimmten Frequenz bei einer Lautstärke von 20 Dezibel. Hier spricht man davon, dass der Test im unteren Bereich differenziert. Kurztests bzw. Screenings sind in aller Regel so aufgebaut. Andere Tests und graphische Hilfsmittel konstruieren den Normbereich dahingegen so, dass dieser in Bezug auf Ober- und Untergrenzen verlassen werden kann. Dies ist z.B. der Fall bei den sogenannten Somatogrammen zur Größen- und Gewichtsentwicklung, bei denen in einem nach Alter abgetragenen Koordinatensystem entlang einer 3%, 50% und 97%-Linie, genannt Perzentile, angezeigt wird, ob die Wachstumsentwicklung sich im mittleren Normbereich bewegt oder diesen nach unten oder oben verlässt – das Kind also zu den schwereren oder leichteren Kindern gehört, oder sogar zu schwer oder zu leicht ist. Auch die Denver-Entwicklungsskalen (DES) produzieren in ihrer altersgradierten Erfassung von Fähigkeiten Aussagen darüber, ob ein Kind eine Leistung altersgemäß oder aber früher oder später als die Normierungsgruppe zeigt.

Was jedoch beide Formen von Normalitätsanzeigen in den Tests leisten, ist, dass sie ein „Normalfeld“ (vgl. Link 1998) konstruieren, in dem die einzelnen Daten um einen Mittelwert oder zu erreichenden Wert hin gruppiert sind. Die Tests machen dabei nicht nur sichtbar, ob das erhobene individuelle Datum innerhalb der Normalitätsgrenzen liegt, sondern auch *wo genau* in diesem Normalfeld. Rekuriert das medizinische Personal mit dieser Form der Rückmeldung also genau auf das, was die Tests sichtbar machen, so ist

6 Ein Test, der immer noch häufig als „*Primitiv-Screening*“, wie das ein Kinderarzt aus unserem Sample nennt, in Kinderarztpraxen verwendet wird, auch wenn die Ärzte koinzidierten, dass er auf veralteten und überholten entwicklungspsychologischen Grundannahmen basiert.

die Tatsache, dass sie es überhaupt in dieser Form rückmelden, auch der Tatsache geschuldet, dass in der Testdurchführung selbst diese Abweichungen sichtbar werden, wenn das Kind bspw. einen Ton im Hörtest nicht einordnen kann, beim Hüpfen die Linie nicht trifft oder eine Antwort nicht weiß. Die Ärzte oder Praxismitarbeiter melden insofern nicht nur das Ergebnis selbst mit, sondern ordnen auch nachträglich noch einmal die Performanz während des Testes für die Beteiligten ein.

Solche Rückmeldungen kommen jedoch nicht nur bei Tests zum Einsatz, sondern auch bei den klinischen oder informellen Überprüfungen des Entwicklungsstatus. Hier wird häufig noch eine temporale Einordnung vollzogen, die signalisiert, welche weiteren Entwicklungen zu erwarten sind.

U9: Die Ärztin wendet sich leicht zur Mutter um und fragt: „Wie ist es denn mit der Zweitsprache?“ Die Mutter erzählt, dass er kein Wort italienisch spreche, aber alles verstehe.⁷ Wenn man ihn auf Italienisch ansprechen würde, dann würde er in Deutsch antworten. „Das ist normal“, erklärt ihr die Ärztin, „das ist oft so, dass sie die Zweitsprache erst mal verweigern, auch wenn sie alles verstehen“.

U8: Frau Dr. Stepka macht dann ihre Eintragungen in die Patientenaktei. „Er hat ein wenig X-Beine“, meint sie noch, „aber das ist in dem Alter noch erlaubt“. Der Vater blickt interessiert auf die Beine seines Sohns.

Was diese temporalen Verortungen („erst mal verweigern“, „in dem Alter noch erlaubt“) in Verbindung mit der eher disziplinatorischen Sprache noch zusätzlich verstärkt, ist die kommunikative Abwertung der zunächst ja lediglich deskriptiven Einordnung der Befunde, wodurch sich die auch bereits in den ersten Beispielen angelegte implizite Orientierung am Optimum noch deutlicher realisiert. Denn, dass auch bessere Ergebnisse möglich sind, wird implizit mitkommuniziert. Wie sich dadurch ein „Sog zum besseren Ergebnis“ etabliert, wird besonders auch daran deutlich, dass solche Formen des für-normal-Erklärens in ihrer Orientierungsfunktion eher unklar bleiben. Denn häufig reagieren die Eltern in diesen Situationen so, dass sie sich den Normalitätsausweis noch einmal bestätigen lassen („Das ist also so in Ordnung?“) oder nachfragen, ob denn da „etwas gemacht“ werden müsse.

7 Die Gesprächsanteile der Untersuchungen wurden in den meisten teilnehmenden Beobachtungen mit Audiogeräten aufgezeichnet. War dies nicht der Fall, wurden nur einzelne Zitate in den Feldnotizen festgehalten, die dann ebenfalls als direkte Rede zitiert werden. Da es in den unmittelbar nach der teilnehmenden Beobachtung geschilderten Protokollen zudem darum geht, nicht den einzelnen Wortlaut, sondern Praktiken im Sinne von „nexus of doings and sayings“ (vgl. Schatzki 2002) zu skizzieren, wurden auch bei Vorlage von Audiodaten die Gesprächsprotokolle in diesem Wechsel von wörtlichen Zitaten und Deskriptionen des Gespräches formuliert.

U9: Als die Testreihe beendet ist richtet sich die Arzthelferin an die Mutter und erklärt ihr den Verlauf und die Befunde des Hörtests. Sie habe mit tiefen Tönen begonnen, die dann immer heller geworden seien und Marcus höre auf dem linken Ohr „alles super“, auf dem rechten Ohr die tiefen Töne einen „ganz kleinen Touch später“. Sie versichert, das sei aber alles im „normalen Bereich“. Ob man da „nach gucken“ müsse, fragt die Mutter. „Nein, nein, das ist so total ok“.

Wird hier der Befund auf dem rechten Ohr noch zusätzlich dadurch abgewertet, dass das Ergebnis für das andere Ohr als „super“ eingeführt wird (auf dem linken Ohr scheint es daher als ‚lediglich‘ normal), so zeigt die Nachfrage der Mutter nach den Handlungsimplicationen, dass solche Formen der Ergebnismittelung ein eher diffuses Verständnis zur Bedeutung des Normalen liefern. Obwohl das ‚für-Normal-Erklären‘ eigentlich als Unbedenklichkeitsausweis fungieren soll, bringt es einen eher prekären Status des Normalen hervor, da die individuelle Verortung in Normalfeldern nicht gleichzeitig impliziert, dass damit auch ein zufriedenstellendes Ergebnis erzielt wurde.

3.2 Parallele Normalitäten – Normalisieren als individuelles Ausweiten der Normalitätsgrenzen

Neben dieser impliziten Orientierung am Optimum kommen explizite Empfehlungen zur Optimierung von ‚lediglich‘ normalen Entwicklungsphänomenen dann besonders häufig vor, wenn die Aussage „alles normal“ herangezogen wird, um einzelne Befunde, die sich an der unteren Randzone des Normalen oder bereits knapp darüber befinden, mit Blick auf den individuellen Fall hin für normal zu erklären. Dabei kommt es zu einer kommunikativen Konstruktion von Normalitäten, die den Rahmen der vorgegebenen Normalfelder verlassen und sich an anderen Vergleichsgruppen oder -daten orientieren.

U9: Die Ärztin: „Bei der Feinmotorik haperi's noch ein wenig, aber da sind Jungs sowieso langsamer als die Mädels“. Aber das könne die Mutter „trotzdem mit ihm üben“, ergänzt die Ärztin. „Lassen Sie ihn beim Kochen helfen?“ fragt sie nach. „Ja“, antwortet Mutter, „das macht er total gerne, schnippeln und so“. Es entspannt sich ein Gespräch über Giorgios Aktivitäten im Haushalt und beim Basteln, dass die Ärztin damit abschließt, dass sie zur Mutter sagt: „Er gefällt mir sehr gut. (...) Der ist super gut!“.

Auch in diesem Protokollausschnitt aus einer U9 fällt eine insgesamt spannungsreiche Einordnung der feinmotorischen Kompetenzen des Jungen auf.

Wird mit der Formulierung „hapert ein wenig“ bereits eine mögliche Überschreitung der Normalitätsbereiches angezeigt, so wird diese mit der geschlechtsbezogenen Typisierung wiederum in den Bereich des Normalen gerückt. Allerdings nun einer Normalität, die eher auf Formen der häufigen Abweichung rekurriert, nämlich das Jungen sich langsamer (oder schlechter) in ihren feinmotorischen Kompetenzen entwickeln. Eine Behauptung, die jedoch weniger aus der entwicklungspsychologischen Forschung bestätigt wird (Michaelis/Niemann 2010, S. 99), als denn aus einem typisierenden geschlechtsbezogenen Alltagswissen, dem zufolge Jungen weniger gerne basteln und malen (oder Mädchen eher schüchtern sind, etc.). Erzielt der Einsatz des Stereotyps des feinmotorisch weniger weit entwickelten Jungen hier einerseits den Effekt, das Vorliegen einer möglichen Entwicklungsgefährdung mit Blick auf die typischen Interessen des Jungen abzuweisen, so wird mit dieser Platzierung im lebensweltlichen Erfahrungsraum aber gleichzeitig auch der Rahmen eröffnet, um die Mutter auf individuelle Maßnahmen der Förderung anzusprechen. Sie könne ja „trotzdem“ mit ihm üben.

Diese Form der individuellen Ausweitung der Normalitätsgrenze wird dabei jedoch nicht nur entlang von solchen Typisierungen vollzogen, sondern auch in Bezug auf Problemstellungen, die in den Herkunftsfamilien der Kinder jedoch eine Normalität darstellen.

U9: Die Ärztin nimmt das U-Heft hervor, sieht die einzelnen Befundtabellen durch und fragt die Mutter: „Ist er nachts trocken?“ „Nein“, kommt es von der Mutter rasch und mit Bestimmtheit. Die Ärztin erwidert ebenso rasch: „Das macht nix! Wissen Sie, wer das sonst noch hatte?“ „Ja, ja“, erwidert die Mutter und ergänzt, dass ihre beiden Großen das Problem auch hatten. Sie überlegt etwas und sagt, bei dem einen hätte das Einnässen bis 10 Jahre ange dauert und bei dem anderen bis 11. Die Ärztin bestätigt dies und sagt in einer etwas geheimnistreibenden Art, dass sie das Problem aber auch noch aus anderen Teilen der Familie kenne. „Ach ja“, sagt die Mutter so als hätte sie ein Rätsel gelöst: „Sie meinen meinen Exmann“. Mutter und Ärztin tauschen sich darüber aus, dass es in der Familie des Exmannes auch viele Fälle von nächtlichem Einnässen in der Kindheit gab und die Ärztin versichert der Mutter, dass dies in Familien oft gehäuft vorkomme, da bräute sie sich keine Sorgen zu machen. Das wisse man dann ja und es ginge ja auch wieder weg. „Da machen wir gar nix, da brauchen Sie sich nicht zu stressen“.

Auch hier wird das Verhalten des Kindes zwar sprachlich nicht explizit als normal ausgewiesen, aber mit der Grenzziehung „nix machen“ ein Normalbereich abgesteckt (Bollig/Ott 2008, S. 220). Aus medizinischer Sicht vollzieht die Ärztin damit zunächst eine anamnestiche Einordnung des nächt-

lichen Einnässens⁸, bei dessen Pathogenese die genetische Disposition eine große Rolle spielt (vgl. Salzer 2011). Mit Blick auf die damit verknüpften Normalisierungsstrategien wird dabei die Familie als Referenzgruppe für die Einordnung des Befundes in den Bereich des Normalen etabliert, was die individuelle Ausweitung der Normalitätsgrenze über die Konstruktion einer familialen Normalität möglich macht. Die Aussage, dass dies auch in anderen Familien gehäuft vorkomme, fungiert dabei als zusätzliche Normalisierung, welche die Mutter sowohl in der Sorge um den Jungen als auch in Bezug darauf keine ‚normale Familie‘ zu sein entlastet. Diese Entlastungsstrategie setzt dabei jedoch auch voraus, dass die Mutter darum weiß, dass es sich beim Einnässen des 5½-jährigen Jungen um eine Abweichung vom Normalen handelt⁹, weshalb der Rat der Ärztin überhaupt erst lauten kann, sich „keine Sorgen zu machen“, sich „nicht zu stressen“.

Entsprechend bleibt auch hier eine Differenz zwischen dem *individuell* Normalem und dem *eigentlich* Normalen bestehen, aus der heraus sich die schnell zu realisierende Übereinkunft der Mutter und Ärztin speist. Welche Rolle diese Differenzierung zwischen individuellen und allgemeinen Normalitäten in der Interaktionsdynamik spielt, zeigt sich auch besonders gut dann, wenn solche familienbezogenen Normalitäten eine explizite Aushandlung von Normalitätsgrenzen anstoßen, weil dieses Wissen um die ‚eigentliche‘ Normalität bei den Eltern nicht unterstellt oder zur Performanz gebracht wird.

SEU: „Er ist ja ein Großer“, meint die Ärztin und fragt die Mutter: „Wie groß ist denn der Vater?“ „1,82“, antwortet Frau Meyer. „Aha, also auch groß und Sie?“ „1,78 m“ erwidert die Mutter und erklärt auf Nachfrage, dass auch ihre Brüder und die Geschwister ihres Mannes groß seien und nennt zum Teil auch die Maße. Die Schülärztin lacht, „er ist also keine Ausnahme“. Ob sie selbst denn schnell gewachsen sei, will sie noch von der Mutter wissen. Da ist sich Frau Meyer nicht so sicher, meint aber nach genauerem Nachfragen, sie habe schon immer zu den Großen gehört, es habe da „keinen Sprung“ gegeben. Das Thema wird zunächst nicht weiter besprochen, kommt aber später, bei der körper-

8 Mit der Formulierung „eingeschränkte Blasen- und Darmkontrolle“ wird das Einnässen in dem im Kindervorsorgeheft abgedruckten Befundblatt für die U9 als „erfragter Befund“ im Bereich der „Verhaltensauffälligkeiten“ abgefragt.

9 Interessanterweise ist gerade das nächtliche Einnässen ein breit diskutiertes Thema, in dem flexibel-normalistische und protonormalistische Erklärungsmuster miteinander konkurrieren. Diagnosegrundlage für das klinische Störungsbild ‚nichtorganische Eueris‘ ist das ein fünfjähriges Kind altersgerecht entwickelt ist und dennoch über längeren Zeitraum und mindestens zweimal im Monat nachts einnässt. Da die Häufigkeitsrate dieser ‚Störung‘ bei 5jährigen jedoch bei 15 % liegt, ordnen viele Eltern und auch Kinderärzte dieses Phänomen als ‚normal‘ und nicht als Krankheit ein (vgl. Salzer 2011).

lichen Untersuchung des Jungen noch einmal zur Sprache. Die Ärztin fragt die Mutter, ob es in der Familie Rückenprobleme gebe, woraufhin die Mutter lakonisch meint, natürlich gäbe es „in einer Familie mit lauter großen Leuten auch Rückenprobleme“, dies sei allerdings „nicht so dramatisch“. „Ja, bei Niko müssen sie aber auf die Haltung achten“, sagt die Ärztin. Niko habe keine so starke Muskulatur – sie greift dabei demonstrativ an Nikos Schultern, der mit etwas hängendem Oberkörper vor ihr steht –, „da muss man schon nach gucken“.

Auch in diesem Beispiel wird die Familie als genetisch-konstitutioneller und auch sozialer¹⁰ Kontext angesprochen, in welchem die Größe des Jungen zunächst normalisiert wird – er ist „keine Ausnahme“. Jedoch erwächst aus dieser familienbezogenen Normalität nicht die Empfehlung „nix zu machen“. Vielmehr wird das Familienmerkmal „Größe“ als potentielle Problematik für Haltungsschwierigkeiten eingeführt, indem kommunikativ vorgeführt wird, dass sich bei den Erwachsenen der Familie daraus bereits ein Problem realisiert hat. Die lakonische Normalitätseinschätzung der Mutter, dass Rückenschmerzen in einer „Familie mit lauter großen Leuten“ auch normal seien, wird dabei von der Ärztin jedoch nicht als Ausweitung der Normalitätsgrenze akzeptiert. Vielmehr setzt sie den „familialen Körper“, der die potentielle Zukunft des Kinderkörpers darstellt, mit einem jetzt schon zu beobachteten Phänomen („nicht so starke Muskulatur“) in Verbindung, wodurch sich die Sorgeaufgabe der Eltern, („auf die Haltung achten“) relativ umstandslos ableiten lässt. Bei Nico ist es bei dem richtigen Engagement eben noch zu verhindern, dass Rückenprobleme entstehen. Entsprechend stellt nicht der Hochwuchs oder die schwache Muskulatur von Niko das Risiko für die körperliche Entwicklung des Jungen dar, sondern die Tatsache, dass diese familiäre Normalität die Eltern möglicherweise ‚blind‘ für notwendige präventive Maßnahmen macht.

Was sich in einer solch normalisierenden Einordnung von Befunden daher realisiert, ist eine Konzeption einer ‚normal abweichenden‘ Entwicklung, welche die Eltern darauf verpflichtet, die individuellen Entwicklungsleistungen ihres Kindes vor dem Hintergrund vorausgesetzter Normalitätsfolien zu beobachten, und gerade in der individuellen Vermittlung von parallelen Normalitätsfolien ihre Aufgaben der Entwicklungsförderung zu profilieren.

¹⁰ Im Sinne ihrer Modellfunktion im Umgang mit der aus der Körpergrösse resultierenden Probleme.

3.3 Partielle Normalitäten – Normalisieren als Trennen zwischen Behandlungs- und Optimierungsbedürftigem

Diese Konstruktion von parallelen Normalitäten wird dabei noch weiter fortgesetzt, wenn es darum geht, in der Interaktion mit den Eltern besorgniserregende Befunde mit Bezug auf andere Normalentwicklungen abzumildern.

U8, Aryan: „Bewegung, Motorik ist völlig normal“, sagt der Arzt zur Mutter gewandt. „Alles sehr normal“. Die Mutter nickt, sie wirkt erleichtert und beginnt ihren Sohn wieder anzuziehen. „Aber die Aufmerksamkeit“, die könne schon noch ein Problem werden, meint der Arzt. Jetzt legt sich ein sorgenvoller Blick auf Frau Dandekars Gesicht. „Im Kindergarten, da wird das ja akzeptiert“, erklärt er ihr, aber in der Schule würde er es schwer haben. Aber, er habe ja noch 2 Jahre Zeit bis zur Schule, entschärft er seine Aussage selbst, da könne er sich ja „noch setzen“. Im weiteren Gespräch geht es im Weiteren um Arians Fernsehkonsum¹¹, danach arbeitet der Arzt noch das Entwicklungsscreening (Denver-Test) weiter ab. Die Mutter beantwortet alle Fragen sicher, scheint jedoch zunehmend aufgelöst, ihr Tonfall überschlägt sich leicht beim Reden. Dr. Spötz scheint sie beruhigen zu wollen. „Er ist ein normales Kind, nur halt sehr lebhaft“, versichert er ihr. Sie solle doch vermehrt mit ihm und der Tochter malen. „Ja, ich versuche zu üben“, erwidert sie rasch. Sie solle sich jeden Tag, wenn auch nur fünf Minuten, mit ihm hinsetzen und gezielt etwas malen oder basteln, schlägt der Arzt vor. Sie nickt. „Sportverein wäre auch nicht schlecht – auch wenn die Unruhe wahrscheinlich bleibt“. Frau Dandekar blickt ihn aufmerksam an. Dr. Spötz macht noch die Eintragungen ins U-Heft und erklärt der Mutter noch einmal, dass „vom Gewicht und so alles normal“ sei.

Das sich in dieser Untersuchungssituation zeigende Wechselspiel zwischen der Ausrichtung auf Auffälligkeiten und ihrer Normalisierung zeigt sich insbesondere häufig bei Entwicklungsphänomenen, deren Qualität als ‚Anzeichen‘ schwer einzuschätzen sind. Eines der häufigsten Themen ist dabei die Aufmerksamkeit oder Konzentrationsfähigkeit. Auch im vorliegenden Beispiel klammert der Arzt nach einer ersten Rückmeldung zur normalen Entwicklung des Jungens (wobei unklar bleibt, ob die zweite Aussage, „alles ganz normal“, nur noch einmal seinen zuerst genannten Befund zur normalen Entwicklung im Bereich Bewegung/Motorik verstärkt oder er damit das Gesamtergebnis der Untersuchung teilt), diesen Bereich mit einer vagen Problematisierung aus. Dabei bleibt offen, ob der Junge damit den Bereich der normgerechten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsentwicklung bereits verlassen hat, oder der Arzt hier lediglich ein Anzeichen für eine sich

¹¹ Das Protokoll ist hier gekürzt, vgl. jedoch Bollig/Tervooren 2009.

später auswachsende Problematik erkennt. Denn mit dem Hinweis darauf, dass „das“ im Kindergarten ja noch akzeptiert werde, später in der Schule aber Probleme zu erwarten seien, ordnet der Arzt die drohende Entwicklungsauffälligkeit nicht nur zeitlich ein, sondern macht auch die sozialen Erwartungen an den Jungen überhaupt erst zur problematischen Auffälligkeit charakteristika des Jungen um Prädiktor dafür, ob die individuellen Chancen werden. Dass Aryan in der Schule vermutlich Probleme haben wird, liegt eben auch an der Akzeptanz, die dort für mangelnde Aufmerksamkeit aufgebracht werden kann. Gleichzeitig ist mit der Zeit bis zur Einschulung aber auch der Zeitraum formuliert, in dem sich die Auffälligkeit wieder normalisieren kann. Auf diese vage, aber auch spannungsreiche Kommunikation des Untersuchungsergebnis reagiert die Mutter dann auch besorgt, was den Arzt zu einer expliziten Normalisierung seines Befundes anregt, in dem er den Jungen als „ein normales Kind“ beschreibt und die von ihm angesprochene Problematik nun in die etwas positivere Formulierung „nur halt sehr lebhaft“ einbettet. Auch die folgenden Anregungen, um die Konzentrationsfähigkeit von Aryan zu fördern (oder seiner Lebhaftigkeit Herr zu werden) zeichnen sich durch eine ambivalente Struktur aus, da der Arzt zwar konkrete Anleitungen gibt, bei seinem Tipp zum Sportverein selbst aber auch noch einmal einräumt, dass die nun als „Unruhe“ eingeführte Problematik dadurch vielleicht doch nicht behoben werden kann. Mit der abschließenden Mitteilung, dass „vom Gewicht und so aber alles normal sei“, wird die zu Beginn bereits mitgeführte Differenzierung zwischen körperlicher und kognitiver Entwicklung noch einmal expliziert, und die Aufgabenteilung zwischen Arzt und Mutter nun endgültig ratifiziert. Beinhaltet die Vorschläge des Arztes für eine Verbesserung der Symptomatik ja auch bereits, dass Aryans „Aufmerksamkeit“, „Lebhaftigkeit“ und „Unruhe“ wenn nicht sogar durch die familiäre Lebensführung bedingt, aber auf jeden Fall dort zu einer Aufgabe wird.

Entsprechend baut sich hier eine Konzeption normaler Entwicklung auf, die durch die Differenzierung zwischen jetzigem und zukünftigem Status, und zwischen medizinischen und lebensweltlichen Problemstellungen und Aufgaben strukturiert wird. Solche Normalisierungen erzeugen somit eine partielle Normalität, in denen der Ausweis von Normalität auch die Funktion erfüllt, zwischen medizinisch Behandelbarem und familial zu Optimierendem zu unterscheiden.

U9: Für 5 ½ Jahre sei dies nicht „ausreichend“ erklärt der Arzt nun den Eltern das Bild, das Marco von einem Menschen gemalt hat. Sie sollten ihn zuhause ruhig mal aus einem Buch was abpausen oder nachmalen lassen. „So ein Kopfmensch ist einfach nicht altersentsprechend“. Die Eltern nicken. „Die Details sind ja liebevoll“, ergänzt der Arzt, „die Finger, die Haare etc.“. Aber der Junge müsse sich schon auch in der „Feinmotorik üben“. Er gibt den Eltern Tipps zur Schulung der Feinmo-

torik: beim Kochen helfen, keine Schuhe mit Klettverschluss, sondern solche bei denen man das Binden üben kann, Salat schnippeln und so weiter. Die Eltern sind sichtlich bemüht aufzuzeigen, dass sie dies alles mit Marco bereits machen, vor allem weil es vorher bereits Unstimmigkeiten in Bezug auf Marcos Fernsehkonsum gegeben hat. „Das ist ja nichts was wir therapieren müssen“, erklärt der Arzt ihnen daraufhin, „die Perzeptionsfähigkeit ist ja da. Gesundheitlich ist der fit, und sonst auch alles normal“. Aber man solle das üben, Marco brauche dies für die Schule. „Die orientieren sich in der Klasse nämlich nicht an den Schlechteren. Da müssen sie sich jetzt drum kümmern!“.

In diesen Szenen kommt es entsprechend nicht zu einer unmittelbaren Ausweitung der Normalitätsgrenzen, sondern zu einer Gegenüberstellung der normal entwickelten körperlichen Voraussetzungen und einzelner nicht-altersentsprechender Fähigkeiten der Kinder, die gerade vor dem Hintergrund, dass die Kinder sich ja *eigentlich normal* entwickeln, als Resultat einer nicht ausreichenden Förderung innerhalb der Familie deutlich gemacht werden kann. Entsprechend dient der Hinweis darauf, dass ja „sonst alles normal“ ist nicht lediglich als Beruhigung, sondern macht den verschiedenen Verweis dieser Aufgabe an die Familie als Bildungs- und Entwicklungsgagentur möglich (vgl. Kelle/Ott 2009).

4. Zur Interferenz von (differenter) Normalität und Normativität in den kindermedizinischen Untersuchungen

In den hier betrachteten kindermedizinischen Früherkennungsuntersuchungen ist, wie weitere Studien aus dem Projektkontext aufzeigen, insgesamt ein „praktisches Management der Normalität“ (vgl. Bollig/Ott 2008; Kelle 2007; Bollig 2010) zu beobachten, in denen sich vielfältige Normalitätsmaßstäbe und auch Strategien der Normalitätszuschreibung miteinander vermitteln. An denen zumeist wenig alarmistischen und zu Normalisierenden neigenden Umgangsweisen mit Abweichungen wird dabei nicht nur der hohe Wert sichtbar, den Eltern wie Ärzte der Tatsache beimessen, Kindern den Ausweis „ein ganz normales Kind zu sein“ nicht zu verweigern. Es zeigt auch die Dilemmata auf, mit denen die Beteiligten in den Untersuchungen konfrontiert sind. Diese Dilemmata bauen sich sowohl aus der Gleichzeitigkeit von krankheitsbezogener Früherkennung und einer allgemein orientierten Entwicklungsdiagnostik, als auch der Spannung von normorientierter Erfassung von Abweichungen und einer individuellen Beurteilung von solchen Abweichungen auf, die sich an dem Wissen um hohe Entwicklungsvariabilitäten orientiert. In ihrer praktischen Durchführung bewegen sich

die Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchung daher in einer beständigen Spannung zwischen Normierung und Normalisierung.

Um die Frage nach den ‚einheimischen‘ Entwicklungskonzeptionen in diesem praktischen Management der Normalität weiter auszudifferenzieren, habe ich drei Formen des Normalisierens in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen herausgearbeitet, an denen sich nicht nur gleichzeitig virulente Konzepte ‚normaler Entwicklung‘ aufzeigen lassen, sondern auch wie mit diesen das (pädagogische) Generationenverhältnis in Familien adressabel wird:

- Zum einen in Praktiken des Normalisierens als Platzieren, in dem Test- und Untersuchungsergebnisse in gegebenen Normalitätsfeldern angeordnet werden, was individuelle Positionierungen sichtbar macht. Die damit verbundene spannungsgeladene Kommunikation von Abweichung und Normalitätszuschreibung führt zu einem eher *prekären Status des Normalen*, wodurch sich für die Eltern eine Unsicherheit gegenüber der Bedeutung des Normalen und eine implizite Norm zur Orientierung am Optimum entfaltet.
- Zum zweiten, durch ein Normalisieren als typisierende und familienbezogene Ausweitung von Normalitätsgrenzen, die *parallele Normalitäten* konstruiert. Deren normativer Effekt liegt darin, dass nicht nur die Gewährleistung solcher Normalisierungen an die elterliche Anerkennung von ‚*eigenlichen*‘ und ‚*individuellen*‘ *Normalitäten* gebunden wird, sondern die elterliche Aufgabe auch darin liegt, die richtige Förderung der Entwicklung ihrer Kinder gerade aus der individuellen Spannung dieser parallelen Normalitäten zu profilieren;
- und zum dritten, ein Normalisieren als Differenzieren zwischen Behandel- und Optimierbarem, bei dem es zu einer Konstruktion *partieller Normalitäten* kommt, mittels derer sich die Verantwortungszuschreibung an die Eltern für eine optimale Entwicklung der Kinder gerade aus der Grenzziehung zwischen eigentlich (körperlich/gesundheitlicher) normaler, aber in den auf Optimierung angewiesenen Teilbereichen doch auch auffälliger Entwicklung ergibt, woraus eine klare Trennung zwischen ärztlich-therapeutischen und familiären Aufgaben möglich wird.

Die vorgestellten Analysen zeigen entsprechend nicht nur die Plastizität des Konzeptes ‚normale Entwicklung‘ auf (vgl. Bollig 2010), sondern auch wie normalistische und normative Normen dabei vor allem in Bezug auf die medizinischen und pädagogischen Voraussetzungen optimaler Entwicklung interferieren. Oder anders formuliert: mit der Normalisierung von Entwicklungsunterschieden zwischen Kindern, geht eine gesteigerte Normativität in Bezug auf ‚gute Elternschaft‘ einher. Die präventiv ausgerichtete medizinische Entwicklungsbeobachtung von Kindern realisiert in solchen Normalisierungspraktiken nämlich nicht nur ihre Orientierung an der Individualität

kindlicher Entwicklungsprozesse, sondern macht diese als medizinisch subvertierte individuelle Entwicklung für die Eltern vor allem im Bereich ‚normaler‘ Abweichungen sichtbar. Die Kehrseite solcher flexibel-normalistischer Strategien in den Kindervorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen ist entsprechend, dass die individuelle Entwicklung als ein permanent von Denormalisierung bedrohter Prozess konzeptualisiert wird – und als ein familiales Projekt, das stetiger Beobachtung, Bearbeitung und Optimierung bedarf.

Literatur

- Armstrong, D. (1983): *Political Anatomy of the Body: medical knowledge in Britain in the twentieth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bloch, M./Popkewitz, T. (2000): *Constructing the parent, teacher, and child: Discourses of development*. In: Soto, L.D. (Hrsg.) (2000): *The politics of early childhood education*. New York: Peter Lang Publishers, S. 7–32.
- Bollig, S. (2010): *Die Eigenzeiten der Entwicklung(sdiagnostik)*. In: Kelle, H. (Hrsg.) (2010): *Kinder unter Beobachtung: Kulturalistische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik*. Opladen: B. Budrich, S. 95–132.
- Bollig, S./Ott, M. (2008): *Entwicklung auf dem Prüfstand – zum praktischen Management von Normalität in Kindervorsorgeuntersuchungen*. In: Kelle, H./Tervooren, A. (Hrsg.) (2008): *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung*. Weinheim/München: Juventa, S. 207–222.
- Bollig, S./Tervooren, A. (2009): *Die Ordnung der Familie als Präventionsressource. Informelle Entwicklungsdiagnostik in Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen am Beispiel kindlicher Fernsehnutzung*. In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation (ZSE)* 29, S. 157–173.
- Foucault, M. (1999): *In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France (1975–1976)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2003): *Die Anormalen. Vorlesungen am Collège de France (1974–1975)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hacking, I. (1990): *The taming of chance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hafen, M. (2007): *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- Hünersdorf, B./Toppe, S. (2011): *Familien im Spannungsfeld zwischen Öffentlichkeit und Privatheit. Gesellschaftlicher Kontext und Strategien der Sozialen Arbeit zur „Effektivierung“ der Familie*. In: *Kommission Sozialpädagogik (Hrsg.)* (2011): *Bildung des Effective Citizens. Sozialpädagogik auf dem Weg zu einem neuen Sozialentwurf*. Weinheim/München: Juventa, S. 209–226.
- Honig, M.-S. (1999): *Entwurf einer Theorie der Kindheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Jones, K. (1983): *Sentiment and science: the late nineteenth century pediatrician as mother's advisor*. *Journal of Social History* 17, S. 79–96.
- Kelle, H. (2007): *„Ganz normal“: Die Repräsentation von Kinderkörpernormen in Sozialmatogrammen. Eine praxisanalytische Exploration kinderärztlicher Vorsorgeinstrumente*. In: *Zeitschrift für Soziologie (ZfS)* 36, S. 199–218.
- Kelle, H. (2009): *Kindliche Entwicklung und die Prävention von Entwicklungsstörungen. Die frühe Kindheit im Fokus der childhood studies*. In: Honig, M.-S. (Hrsg.) (2009): *Ordnungen der Kindheit*. Weinheim/München: Juventa, S. 79–102.

- Kelle, H. (Hrsg.) (2010): Kinder unter Beobachtung. Kulturalistische Studien zur päd-
iatriischen Entwicklungsdiagnostik. Opladen: B. Budrich.
- Kelle, H./Ott, M. (2009): Standardisierung der frühen kindlichen ‚Entwicklung‘ und
‚Bildung‘ in Kindervorsorgeuntersuchungen. In: Bilstein, J./Ecarius, J. (Hrsg.): Stan-
dardisierung – Kanonisierung. Erziehungswissenschaftliche Reflexionen. Wiesbaden:
VS, S. 141–158.
- Lee, N./Motzkau, J. (2011): Navigating the bio-politics of childhood. In: *Childhood* 18,
H. 7, S. 7–19. doi:10.1177/0907568210371526.
- Link, J. (1998): Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. 4. Auf-
lage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Link, J. (2008): Zum diskursanalytischen Konzept des flexiblen Normalismus. In: Kel-
le, H./Tervooren, A. (Hrsg.) (2008): *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Stan-
dardisierung kindlicher Entwicklung*. Weinheim/München: Juventa, S. 59–72.
- Michaelis, R./Niemann, G. (2010): Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie: Grund-
lagen und diagnostische Strategien. 4. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Oelkers, N./Richter, M. (2010): Die post-wohlfahrtsstaatliche Neuordnung des Familia-
len. In: Böllert, K./Oelkers, N. (Hrsg.) (2010): *Frauenpolitik in Familienhand? Neue
Verhältnisse in Konkurrenz, Autonomie oder Kooperation*. Wiesbaden: VS, S. 15–23.
- Olin Lauritzen, S./Sachs, L. (2001): Normality, risk and the future: implicit communica-
tion of threat in health surveillance. In: *Sociology of Health & Illness* 23, S. 497–516.
- Prout, A. (2000): *Childhood Bodies: Construction, Agency and Hybridity*. In: Prout, A.
(Hrsg.) (2000): *The Body, Childhood and Society*. Houndmills: Macmillan, S. 1–18.
- Salzer, H. (2011): Nächtliches Einnässen (primäre Enuresis nocturna) – ein Überblick.
In: *Pädiatrie und Pädologie* 46, H. 1, S. 8–11. doi: 10.1007/s00608-011-0263-0.
- Schatzki, Th. (2002): *The site of the social*. Pennsylvania: Pennsylvania State University
Press.
- Schrage, D. (2008): Subjektivierung durch Normalisierung. Zur Aktualisierung eines
poststrukturalistischen Konzepts. In: Rehberg, K.-S. (Hrsg.) (2008): *Die Natur der
Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der DGS*. Frankfurt am Main/New
York: Campus, S. 4120–4129.
- Turnmel, A. (2009): *A Historical Sociology of Childhood*. Developmental Thinking, Cat-
egorization and Graphic Visualization. Cambridge: Cambridge University Press.
- Waldschmidt, A. (1998): Flexible Normalisierung oder stabile Ausgrenzung: Verände-
rungen im Verhältnis Behinderung und Normalität. In: *Soziale Probleme* 9, S. 3–25.
- Wenning, N. (2001): Differenz durch Normalisierung. In: Lutz, H./Wenning, N. (Hrsg.)
(2001): *Unterschiedlich verschieden. Differenz in der Erziehungswissenschaft*. Opla-
den: Leske + Budrich, S. 275–295.

Teil II (De-)Normalisierung von Abweichung

The implicit construction of 'children at risk': On the dynamics of practise and programme in development screenings in early child-hood

Sabine Bollig and Helga Kelle

Journal of Early Childhood Research published online 5 June 2013

DOI: 10.1177/1476718X13482273

The online version of this article can be found at:

<http://ecr.sagepub.com/content/early/2013/06/03/1476718X13482273>

Published by:



<http://www.sagepublications.com>

Additional services and information for *Journal of Early Childhood Research* can be found at:

Email Alerts: <http://ecr.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://ecr.sagepub.com/subscriptions>

Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

>> [OnlineFirst Version of Record](#) - Jun 5, 2013

[What is This?](#)

The implicit construction of 'children at risk': On the dynamics of practice and programme in development screenings in early childhood

Journal of Early Childhood Research

0(0) 1–14

© The Author(s) 2013

Reprints and permissions:

sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav

DOI: 10.1177/1476718X13482273

ecr.sagepub.com



Sabine Bollig and Helga Kelle

University of Luxembourg; University of Bielefeld, Germany

Abstract

This article presents findings from an ethnographic study on preventive paediatric check-ups in Germany. In accordance with system-theoretical and governmentality approaches (referencing Foucault), preventive check-ups are conceptualised as fields where risk concepts related to children's development are applied, produced and reworked. In order to show how the construction of development risks in the check-ups' conduct is linked to a variety of preventive functions, the methodology of the article combines the analysis of field documents and ethnographic field notes. In the first analytical section, on the programmatic level, the ambivalence between different preventive tasks is reconstructed by analysing documents of the check-ups' current revision process. This process is discussed as a (political) struggle for treatment options. In the second section, these findings are contrasted with results from a practice analysis of the check-ups' conduct. These practical processes in the field are interpreted as struggles for the allocation of treatment responsibility between paediatricians and parents. In the concluding section, the authors highlight how the specific institutionalisation of preventive paediatric check-ups in Germany forces the pace for implicit constructions of 'children at risk' and extemporised practices of parents' health education.

Keywords

paediatric check-ups, risk construction, ethnography, prevention theory

Introduction

The rates of developmental disorders in children seem to have increased internationally in the last 20 years. New development screenings and check-ups for children have been developed, and children's development draws intensified public attention in discussions on national health policies, on early support and intervention programmes (e.g. Alderson, 2011). Even though the national reform programmes and strategies differ highly due to the differences in general structures and functions

Corresponding author:

Sabine Bollig, Integrative Research Unit INSIDE, University of Luxembourg, Route de Diekirch, L-7220 Walferdange, Luxembourg.

Email: sabine.bollig@uni.lu

of the healthcare systems, the different national policies share, as a commonality, the will and the commitment to intervene ever earlier into children's developmental processes. The first step of early intervention programmes is medical surveillance programmes addressing all children. Thus, internationally, the extension of routine health examinations, developmental screenings and paediatric check-ups for young children has become one of the key features of the new health policies (e.g. for the United Kingdom: Hall and Elliman, 2006; for the United States: Snow and Van Hemmel, 2008; for Norway: Johnsen, 2006).

Furthermore, preventive strategies in early childhood are increasingly being geared towards the 'gradual shift from a highly medical model of screening for disorders to a greater emphasis on health promotion, primary prevention and active intervention for children at risk', described by Hall and Elliman (2006: vii) for the United Kingdom. In the international discussion, the term 'well child care' is used to label the reinforced combination of screening, surveillance, education and support services for families and their young children (Olson et al., 2008; Schor, 2004). There are heterogeneous types of institutionalised surveillance and early detection programmes in the international context; therefore, the differing problems in implementing primary prevention depend on these differently established preventive cultures in early childhood.

Against this backdrop, in this article, the German preventive paediatric check-ups for children from birth to the age of 5 years are explored ethnographically. We take up a position at the intersection of medical sociology and early childhood studies. The research project 'Children's Bodies in Practice' on preventive check-ups on which this article is based applies a practice-analytical perspective (Schatzki et al., 2001). It is explored how programme and praxis level differ in dealing with the tension between early detection and primary prevention. In the 'Between early detection and primary prevention' section, we reflect on the specificity of the German case pertaining paediatric check-ups. The section 'Paediatric check-ups and the interrelation of preventive strategies, risk constructs and parental tasks' refers to the theoretical background of the study and discusses the state of research. In the 'Design and methods' section, the research strategies and methods of the study are described. The presentation of empirical results in the 'Empirical analyses' section is divided into the analysis of administrative communiqués from the preventive check-up programme's revision process (in the section 'Programming check-ups in the documents of the revision process: the struggle for treatment options') and the analysis of field notes from participant observations of the check-ups' conduct (in the section 'Analysis of preventive practices: the struggle for the allocation of treatment responsibility'). It is shown how the compartmentalisation of responsibility for children's normal development is dynamised in situated negotiation processes between professionals and parents. In the concluding section, we highlight how the specific institutionalisation of preventive paediatric check-ups in Germany forces the pace for implicit constructions of 'children at risk' and extemporised practices of parents' health education.

Between early detection and primary prevention – preventive paediatric check-ups in Germany

In the German context, the challenges in Well Child Care Policies derive from the specific functional division of primary prevention and early detection programmes in early childhood. This division is embedded in the structure of the German healthcare system, which is characterised by a strong prioritisation of medical practitioners in private practice. Based on the compulsory health insurance system, resident doctors are obliged to provide all-encompassing primary care. Resident paediatricians thus serve as general practitioners for children from birth to adolescence. The

German preventive check-ups for children (*Kindervorsorgeuntersuchungen*)¹ take place in private paediatric practices, whereas health promotion and primary-preventive action have to be accomplished by the public health departments.

As a part of the health insurance system, the check-up programme for children was already established nationwide in 1977 and consists of 10 check-ups (U1-U9) conducted during the first 6 years of children's lives. As it has long been criticised as being only insufficiently equipped to meet the changing requirements for the prevention of children's developmental disorders, the programme, since 2005, is in a process of complete revision. In addition, in 2007/2008, the previously voluntary participation was made compulsory in most German federal states based on a 'binding invitation system'. This process was triggered by tragic cases of child neglect, which had considerably activated public debate on improved child protection. It shows that the preventive check-ups for children as one of the central health policy instruments in early childhood indeed fulfil complex aims. In contrast to countries where development screenings are conducted in public health clinics or by communal healthcare nurses (e.g. Sweden, United Kingdom, Japan), in Germany, the interconnection with the health insurance system, however, leaves the preventive check-ups for children restricted to the area of secondary prevention. The legal act for the health insurance system defines the purpose of the check-ups as 'early diagnosis of illnesses that put your child's normal body and mental development at risk to a not insignificant degree' (*Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)*, 2005), our translation.² Primary-preventive health visitor programmes that have been established recently, too, are separated from the healthcare policies and are defined by the Children and Youth Services Act as specific child protection measures to be only applied to high-risk families (*frühe Hilfen*).

The strong orientation on early diagnosis of so-called target illnesses in the paediatric check-ups is being criticised increasingly, with particularly paediatricians lamenting the disparity between programme and actual prevention praxis. According to the Professional Association of Paediatricians (*Berufsverband der Kinder-und Jugendärzte e.V. (BVKJ)*, 2004), the prevention measures were already at present informed by a high degree of health and education counselling, owing to changed lifestyles and growing 'educational insufficiency' (*BVKJ*, 2004) of families. The association promotes a more well-elaborated encompassing child care in private paediatric practices, as health exams, screenings and preventive counselling already 'blend into a unit of preventive action' and thus should be financed by health insurances (Altenhofen, 2002: 960). The debate in Germany appears to be similar to discussions in the US context,³ as a study shows. Tanner et al. (2009) highlight the US paediatricians' strong ambition to integrate more preventive tasks in their practices. While the paediatricians have to struggle with the restrictions of the Well Child Care Programmes, time and payment restrictions are also reported most often. A lack of knowledge regarding specific risk factors and preventive counselling strategies and too little inflow of community resources also seem to be problematic. In particular, the infrastructure for referring children to other experts, which would allow the paediatricians to 'focus on problem identification rather than care decisions that exceed time and experience' (Tanner et al., 2009: 885), is reported to be insufficient.

Paediatric check-ups and the interrelation of preventive strategies, risk constructs and parental tasks

We presume that the programmatic restrictions regarding the primary-preventive work in check-ups for children specifically shape the interaction between children, parents and paediatricians in the course of the check-ups' conduct. In analysing the interrelation of these situated interactions

with the social construction of development risks, we refer to studies from the context of Actor Network Theory (Turmel, 2008) and Foucaultian governmentality studies (Armstrong, 1995; Rose, 1999). These studies emphasise that preventive strategies react not only to health risks in early childhood. On the contrary, preventive programmes are to be seen as the main societal measures that engender risks as social facts. These are strongly connected to the normalisation of well children and a 'governing of parents' via the risk-based pathologisation of the developing child body (Bloch, 2000). Preventive measures take on a special role in the interaction of pathologisation and normalisation of child development, as they put all children, also those who are healthy, under permanent surveillance as 'not-yet-patients' (De Swaan, 1990: 12). Risk concepts function as a mediating element of this 'logic of suspicion' (Bühler-Niederberger, 2007): on the basis of 'normal ranges' (Hacking, 1990), risks are made calculable already before problems appear. Concepts of well children and childhood always imply expectations concerning child-oriented tasks and behaviours of adults, particularly of parents (Alanen and Mayall, 2001; Moqvist, 2003). How preventive measures fuel the parents' 'fear of de-normalisation' (Link and Hall, 2004: 58) and activate their practical adaptation to normality standards (Rose, 1999) is shown in studies such as those by Casiday (2007) on vaccination controversies.

Hence, a lot of sociological research has focused on official forms of knowledge related to risks in early child development, for example, on graphic visualisations (Turmel, 2009) or the distribution (Armstrong, 1995) and legitimisation (Bloch, 2000) of development knowledge. Development norms and risks are not only discursively regulated by official forms of knowledge, though, but are also negotiated in local routines. Olin Lauritzen and Sachs (2001), in their study on implicit risk structures in health surveillance encounters, show how 'understandings of norms, and normal range, are constantly created and recreated in the actual moment-by-moment interaction' (p. 513). In the communicative handling of standardised tests and assessments such as the growth-charts, the authors perceive a 'subtle downplaying of results' (Olin Lauritzen and Sachs, 2001) and an interactive tension between 'informing and supporting the parents' (Olin Lauritzen and Sachs, 2001: 512). Statistical risk calculations form the central basis for early detection, but do not, however, allow reliable predictions with regard to the specific case (De Swaan, 1990). The 'language of risk' described by Olin Lauritzen and Sachs (2001) resulted in an interactive negotiation of risks 'to make sense of the measurements and test results, not in relation to the norms of the surveillance programme' (p. 510), but in the context of the life-world of the clientele. Without actually pursuing it themselves, Olin Lauritzen and Sachs' empirical analyses also point to the question of how the thematisation of parental care tasks is grounded in interactive and often implicit negotiations on developmental risks.

In order to pinpoint how constructions of developmental risks in local routines in the check-ups' conduct are linked to varying preventive functions, we call on a system-theoretical perspective (Luhmann, 2005).⁴ We refer to the prevention sociologists Hafen (2007) and Fuchs (2008), who tap into the operative logic of prevention practices via the conceptual differentiation of prevention/treatment and risk/danger. 'Treatment' and 'prevention' were both to be viewed as intervention forms and form a continuum. Treatment and prevention differ in their time reference, though: while 'treatment' is geared towards acute problems and thereby the present (and past), 'prevention' with a view to preventable problems is always already geared to the future and, in a sense, 'looks back' from there to the present. This paradoxical future reference is dissolved through the construction of risks whose significance consists in making future conditions attributable to corresponding decisions in the present (Luhmann, 2005). In this respect, risk constructions allow the identification of (pre-)problems, whose prevention feasibility is at the same time indicated. Only these prevention options make dangers attributable to decisions. The acceptance of an

otherwise 'unreasonable demand of burdening the present' (Fuchs, 2008: 371, our translation) on behalf of the future is made sure by the communication of the 'risk-ignorance risk', the risk of 'being made responsible in the future for not avoiding something in the past present in light of there having been a possible prevention in the past' (p. 371, our translation).

This modelling of risk and prevention is interesting for our study as Hafen (2007: 70ff.) places measures of early detection conceptually between prevention and treatment. As all diagnostics, early detection aimed at the differentiation between 'cases' and 'non-cases' and inevitably led, as soon as a problem is identified, to early treatment. Along the distinction of prevention/treatment, it becomes evident how prevention challenges the boundaries of the medical system: unlike early detection, it does not enforce the processing of the decision inclusion/exclusion into the treatment system, but on the practical level, a change of register towards pedagogical practices of educating and counselling (Vogd, 2005), which in the long term aim at preventing an inclusion in the medical treatment system.

The system-theoretical model of prevention empirically sensitises for implicit risk constructions, which are observable through intervention suggestions and assignments of decisions. This then highlights the question of *how* dangers are turned into risks during the check-ups. The system-theoretical assumptions lead to the question of which function the specific links of risk and treatment options yield for the practice of prevention.

Design and methods

In order to reconstruct the preventive paediatric check-ups' complex logic of conduct analytically, the research group applies a combination of ethnographic methods including participant observation (Emerson et al., 1995), ethnographic interviews with paediatricians, medical assistants, parents and children, as well as an analysis of documents and instruments used in the course of the check-ups (Berg, 1996). We also integrate documents of the institutional establishment and the current revision process into the study, as to extend the research perspective to discursive and political configurations of the preventive check-ups (Bühler-Niederberger, 2003). Such a combination of practice and document analysis is based on Smith's (2005) 'institutional ethnography', which focuses on documents that contribute to mediate between official (or political) forms of knowledge and practices on site.

On the part of field documents particularly, the administrative communiqués from the revision process of the check-ups' programme were included. The central sources are represented by the ongoing public (web) documentations of counselling topics and decisions made by the *G-BA* (Joint Federal Commission). The *G-BA* is the highest order council of home rule in the healthcare system in Germany and is responsible for the organisation and revision of the 'children guidelines'. These guidelines define objectives as well as examination areas for the preventive check-ups. From these documents, structural ambivalences of the check-ups' programme become evident, mainly through the tension between sociopolitical expectations and the statutory-administrative level.

The ambivalences highlighted in the document analysis serve methodologically as sensitising concepts for the analysis of the check-ups' practices. We documented 103 check-ups (U3-U9, with children aged between 10 days and 5 years) in 18 different paediatric surgeries by means of participant observation and field notes. The sample was assorted using two strategies: a sampling of paediatricians (with respect to a variety of socio-spatial conditions) and a snowball sampling of parents who allowed us to participate in the preventive check-ups of their children. In all cases, participants were informed about research activities and interests, in most cases by an information brochure in German, English, Arabic and Turkish. Except for the youngest children under the age

of 3 years, all participants were asked for their consent. Due to the fact that the preventive check-ups are intimate and sometimes stressful situations for children and parents, in most cases, we used the waiting time previous to the check-ups to introduce ourselves to children and parents and also to agree upon the signs they could give us during the examinations if they would want us to stop observing and leave the situation.

The observations were as often as possible also audio-recorded, in order to capture the original form of the conversations for transcription. The 'episodes' and 'stories', based on field notes (Emerson et al., 1995), rely heavily on the physical co-presence of the researchers in the field, regarded to be the decisive resource for exploring and reconstructing the participants' *embodied* practices. The detailed descriptions were analysed by processing 'axial' and 'selective coding' (Strauss and Corbin, 1990) with respect to implicit and explicit notions and negotiations of risk and norms regarding the developmental process of the child under examination. The analytical process cannot be depicted in all its complexity here, thus the presentation in the section 'Programming check-ups' works with exemplary documents from the check-ups' revision process and in the section 'Analysis of preventive practices' with the sequential analysis of two single cases, which nevertheless represent central findings of the focused analysis.

Empirical analyses of the preventive paediatric check-ups' programme and practice

Programming check-ups in the documents of the revision process: the struggle for treatment options

The *G-BA* features healthcare providers (physicians, therapists and hospitals), service providers (statutory health insurances) and also service users (patients). Thus, the Commission, in the revision process of the 'children guidelines', can be viewed as a political stage for the negotiation of check-up tasks, which are constructed by the various stakeholders in the public healthcare system. Those involved therefore speak of a tedious process. Still, successive results are generated: for example, a newborn screening and hearing screening were integrated into the programme, a screening for child abuse was rejected (*G-BA*, 2007) and a further examination at the age of 3 years (U7a) was included (*G-BA*, 2008). The decisions based on these changes are published in the *Bundesanzeiger* (and are thus legally binding); additionally, they are published on the *G-BA* homepage together with the declaration of 'fundamental reasons' and the corresponding expertises.

On the basis of these documents, a double shift in the revision process is revealed, namely, that from 'early detection of health disorders and illnesses' to the assessment of 'age-appropriate development' and from strategies of secondary prevention towards strategies of primary prevention. The implementation of a prophylactically oriented general development diagnostic shows its impact on the programme level, for example, in the modification of documentation instruments. The examination booklet, which was printed up until October 2005, used a standardised wording for the summarised results of the check-ups in cases in which no abnormality was ascertained, which read, 'Current preventive check-up: no indication of health disorder endangering development'. Since then it reads, 'General impression: child developed age-appropriately' (*G-BA*, 2005, our translation). If and to what extent the construct of 'age-appropriate development' still links onto the binary code 'ill/healthy' of the healthcare system thus remains more open than in the initial wording. Indeed, the construct of 'age-appropriate development', on the one hand, stresses the naturalness and (biological) momentum of children's development. Early detection of abnormalities, on the other hand, aims at early interventions and thus at the social influence on development and its preconditions.

The ambivalences that are linked with a reference to age-appropriate development become particularly evident when looking at the pleas to extend the examination programme by the U7a at the age of 3 years, which was decided upon in 2008. With reference to the fundamental reasons underlying this decision and in keeping with the logic of the officially designated illness-oriented early detection, the explanation in the appendix says, 'The aim of U7a is, inter alia, the early detection of visual development dysfunctions (particularly amblyopia) and their risk factors, respectively' (*G-BA*, 2008: 3, our translation). At the same time, with reference to international conventions, it is argued in the following passages that in the German check-ups, 'components of preventive health protection (e.g., vaccination status) can be combined with screening measures for specific target illnesses' and that these take on 'important primary-preventive tasks' (*G-BA*, 2008: 3). In the context of this goal assignment, further 'medical necessities' are referred to for the introduction of the U7a (at the age of 3 years), which help legitimise a higher examination frequency, closing the previously existing 2-year gap between the U7 (at the age of 2 years) and the U8 (at the age of 4 years). For, only this makes it possible to recognise 'childhood dangers early on caused by the immediate environment and by changed lifestyles and to intervene correspondingly' (*G-BA*, 2008: 5). After all, the 'risks in the development of children [...] did not only originate from precisely definable target illnesses, but from a multitude of exposure factors, whose effects often initially only manifest themselves through ambiguous symptoms' (*G-BA*, 2008: 4).

While in this case, the indication of 'ambiguous symptoms' still connects to the medical semantics, with regard to the 'harmful lifestyles' and 'exposure factors' (instead of target illnesses), it remains unclear how and on which level to intervene. This vagueness with regard to chances of intervention becomes plausible in that for some of the to-be-recorded development risks, there are currently no generally accepted, evidence-based forms of diagnosis and treatment. In the same document, for example, the 'recognition of genuine specific language impairments in contrast to norm varieties that do not necessitate further diagnosis or therapy' is described as 'difficult'. The missing standards for early identification and treatment, though, are relativised with reference to 'general findings on language' and the 'timely' initiation, if need be, of necessary therapies (*G-BA*, 2008: 4).

The benefit of this outline of early detection tasks lies above all in indicating treatment options and, at the same time, keeping these open. In turn, it becomes evident when looking at the prerequisites for the introduction of standardised screenings in the check-ups that this is all focused on the expected assessment of evidence, inasmuch as the methods of standardised procedures are defined via the clear reference to distinct assessment methods and effective treatability of screened phenomena. Thus, the *G-BA* (2007) decided not to include relevant regulations of child abuse in the guideline (*Bundesministerium für Gesundheit* (BMfG), 2007) 'due to a current lack of tested and effective recognition methods of early detection and avoidance'. In contrast to the above-mentioned rationale for the extension of the check-up programme, it is also made explicitly clear again that 'measures of primary prevention or, e.g., early warning systems do not fall into the area of responsibility (defined by §§ 25 and 26 SGB V) of the *Gemeinsamer Bundesausschuss* [Joint Commission]' (*G-BA*, 2007, our translation).

On the whole, the argumentations in the documents on the revision process are marked by ambivalence between the dissolution of the object of study in the sense of primary prevention, on the one hand, and their limitation in the sense of early detection and treatability, on the other hand. The revisors still accentuate, on the programme level, the early diagnostic function and the processing of differentiating between cases (requiring treatment) and non-cases. Insofar as risk constructs are increasingly solved by the treatment-organisational reference to defined target illnesses, though, the disposition of early detection dissolves more towards intervention areas of primary

prevention, such as, for example, family lifestyles. As legitimisation for the extension of the check-ups, these risk areas can only be included into the system in accordance with early treatment chances. In this respect, the documents stress above all the chances of *early* initiation of 'relevant interventions'. The arguments for the extension of the programme thus operate with the promise of a possible inclusion of manifold deviations from 'age-appropriate development' into the medical treatment system. While retaining the illness-centred logic of the programme, the revision process proves to be correspondingly characterised by an ambivalence between early detection and primary prevention: in particular, as a struggle for treatment options.

Analysis of preventive practices: the struggle for the allocation of treatment responsibility

The following analysis of a sequence of participant observation during a U8 with the child Falk (4.2 years)⁵ displays such early interventions with regard to environmental factors:

The carrying out of the checkup poses problems for the physician Dr. Kaltenbrunner because Falk doesn't want to let go of his mother during the physical examination, even after she repeatedly asks him to cooperate with a pleading 'but you promised me'. Dr. Kaltenbrunner has already commented on this teasingly by saying, 'Well, don't we have a little spider monkey here', and has examined the boy mostly on the mother's arm. Then, however, he discontinues the examination and asks the mother rather indignantly why the boy 'is so clingy'. She replies: 'Well, because he's scared' and reminds the doctor that this has always been the case since blood samples were repeatedly taken from Falk as a young child. Dr. Kaltenbrunner, however, again asks unsympathetically why the child were so clingy and then adds that she 'would have to set boundaries' for her son. While Mrs. Simon's tone had been rather apologetic and embarrassed, she now herself becomes slightly annoyed and says that she could hardly take away her son's fear 'by yelling at him'.

Mrs. Simon is situated in front of the desk; Dr. Kaltenbrunner has taken a seat behind it. Falk repeatedly seeks physical contact with his mother, involving her in games (e.g., clapping their hands together) and tries to climb up on her. 'He does what he wants with you', says Dr. Kaltenbrunner with a pointing gesture towards Falk, but Mrs. Simon says that in this situation she couldn't accept this criticism as her son were terribly scared. However, Dr. Kaltenbrunner replies that it wasn't her fault that things had gone the way they had with the doctor back then, so she didn't have to feel guilty about that now. If she didn't set boundaries for her son now, he would soon 'walk all over her'. 'And later, you'll run into really big problems – really big problems', he adds with emphasis. Falk keeps on crowding his mother even more, whereupon she says in a sharper tone of voice: 'No, not now. I am talking to the doctor now'. Dr. Kaltenbrunner praises her that that's how she should set boundaries; now she was speaking and Falk would need to wait a bit. He would now perform the documentation, explains the doctor (while ticking 'no signs for health disorders' in the examination-booklet).

Visualising risks – discursive and performative strategies

The cause for addressing the mother's style of parenting is the difficulties in carrying out the examination. Here, Falk's unwillingness to follow the doctor's instructions is framed by the mother as a psychological problem, which has evolved throughout his specific patient career. The doctor, however, detects a parenting problem, which for him does not compete with the mother's explanation, but rather exhibits itself as her pedagogical responsibility for Falk's problem. Hence, already his repeated question as to why the child were clingy shows that Mrs. Simon's biographical explanation does not suffice in clarifying the situation for him. In fact, the doctor without further ado goes on to criticise the mother's interaction style with the boy. Through the pedagogical topos of

‘setting boundaries’, the doctor takes up a popular discourse in parenting, which has been growing in the past few years through guidebook bestsellers and parent counselling shows on television. By ‘bringing in the artillery’ with this topos, the doctor underlines how he wants the observed problem to be understood, namely, as a ‘sign’ for a general parenting problem.

Mrs. Simon denies exactly this accusation by outlining her current objective with regard to the boy as depending on specific contexts. These consist, in concrete terms, in alleviating Falk’s fear of physical examinations and in this way taking on the responsibility both for her child’s well-being and for the successful completion of the check-up. ‘Yelling’ at her son – her interpretation of the doctor’s request for ‘setting boundaries’ – would be, in her opinion, the wrong means for reaching this goal. This conflict exhibits one of the often-observed discursive strategies in the introduction of risks, which operates with formula and expressions such as ‘excessive television consumption’, ‘physical inactivity’ and ‘unhealthy diet’, which in turn indicate popular discourses of dangers. These terms need only to be hinted at in order to get parents to reflect aspects of their lifestyles in accordance with parenting tasks – and in this way to turn dangers into risks. Elsewhere, we have elaborated on this form of risk communication as ‘surfing on health discourses’ (Bollig and Tervooren, 2009). The rhetorical distortion of the doctor’s request chosen by Mrs. Simon (‘yelling’) accordingly also shows itself as an attempt to delegitimise a discourse difficult to dismiss.

The mother, however, ultimately is not able to prevail in the further interaction. Her interpretation is undermined in two ways: on the one hand, by the doctor staging the check-up situation as a performance in parenting and him using hand gestures elevating the interaction between mother and child to an enacted diagnosis. One could, exaggeratingly, construe the doctor’s hand gesture as ‘imaging technique’, which in situ materialises the situation between mother and child as a ‘sign’ for the doctor’s assumed parenting problem. Here, a further characteristic of the check-ups becomes evident, which is of importance for implicit risk constructions, namely, that as a rule, children are accompanied by their parents. This triadic interaction structure between doctor–child–parents makes it particularly possible to stage and observe parenting performances. As a resource for the risk constructions in the focus here, these framings of child–parent interaction appear as parenting interactions. Developmental risks are not only integrated into the preventive check-up with regard to the observation of child body and child behaviour but also with regard to the observation of parenting practices as ‘dangers posed by the immediate environment’ (*G-BA*, 2008). The immediate visualisation of risks also leads to the fact that the initial problematisation of the child’s behaviour (the clinging) is not taken up again as soon as the focus is placed on the mother.

Indeed, the doctor avoids the mother’s insistence on the boy’s fear, by him outlining the problematic situation *her* behaviour may cause in the immanent future. What kind of problems the doctor addresses with ‘you’ll run into really big problems’ remains unclear: problems in the boy’s development or in the maintenance of the mother’s parental role.

‘Treatment’ in the modus of ‘educating’

The availability of parenting relations during the check-up situation becomes relevant not only on the level of risk communication but also on the intervention level. The transformation of the object of study from problems of the child to parent–child relationship can now also be connected to an operative-educational manner, by shifting from a thematisation of parenting objectives to a *modus of educating*. The mother reprimanding the boy at the end of the excerpt (‘now I’m speaking’) can then be qualified by Dr. Kaltenbrunner as demonstration of a learning effect, by him praising her interaction with the boy as the ‘setting of boundaries’ requested earlier. In doing so, the primary

focus in the situation is, however, not on the communication and acquisition of knowledge. The deficit diagnosis necessary for the establishment of learning arises much more with regard to the enforcement of parenting rules, whose correction unfolds in the form of a moral responsibility communication (cf. Hunt, 2003), which can build on the medico-prognostic expertise of the doctor.

The practices of development observation are not always executed in such a conflict-laden manner as in the presented example. Still, it can be also shown for those cases in which doctors purposefully make themselves the 'agent of the child' vis-a-vis the excessive optimisation demands on the part of the parents. In other cases, the doctors cultivate a partner-like and empowerment-oriented counselling style, so that an allocation of responsibilities is performed in the 'preventive optimisation' of developmental courses. This evolves – at least during the check-up itself – from the paediatricians' supervision of parenting practices.

From prevention to a vague optimisation of courses of development

A vague thematisation of children's development dangers becomes particularly evident in the realisation of examinations. The following example of a U8 with the boy Aryan (4;5 years old) suggests how parent counselling can also disengage from a distinct risk communication as soon as a vague risk perspective has been installed. At the end of the examination the doctor addresses Aryan's lack of attention:

'Motor skills are perfectly normal', says the physician Dr. Spötz, turning to the mother. 'Everything is very normal'. The mother nods, she seems relieved and starts dressing Aryan again. 'But attention', says the doctor, 'could still become a problem'. Now a worried look crosses Mrs. Dandekar's face. In kindergarten, this is 'accepted', explains Dr. Spötz, but in school Aryan would then have a hard time. But he still had two years before school started, the doctor defuses the statement himself, he still had the chance to 'settle down'. In the further conversation, the doctor finds out that Aryan evidently watched too much television. As Mrs. Dandekar is very worried about the doctor's mention of the attention problem, he tries to calm her. 'He is a normal child, just very lively', he assures her and advises her to draw more often with him and his sister. 'Yes, I try to practise with him', she quickly replies. The doctor suggests that she sit down with him every day 'even if only for five minutes', to draw something specific. The mother nods solemnly. '[Joining a] sports club wouldn't be a bad idea either', says Dr. Spötz, 'even if the restlessness will probably remain'.

The risk communication here serves as the starting point in order to, on the basis of an assignment of responsibility for an optimal development, add parent counselling. The mother communicates her agreement with the doctor's 'treatment suggestion' and even disambiguates his advice concerning the benefit of joint drawing activities by pledging 'to practise'. It is, however, exactly this promise of effect, which the doctor, in turn, attempts to dissolve through his final comment concerning the fact that the restlessness would remain. While, on the one hand, the previous family's leisure time activities are labelled as a risk for the development of the boy's attention, the doctor, on the other hand, does not want his parenting advice to be understood as a 'prescription'.

When the mother ratifies the doctor's treatment suggestions, it can be observed how the doctor abandons his treatment and success responsibility: he 'can't promise that this is actually going to help'. The outlined form of 'prevention education' thus appears as a 'ritual handling of problem positions, in which de facto reaching the penetration of the stakeholders' practises is not anymore successful' (Vogd, 2005: 264, our translation). Paediatricians, after all, can indeed observe and classify; with regard to the uncertainties of lifestyle-dependent development risks, however, they can ultimately neither medically treat nor (socio-)pedagogically counsel and educate. In this

respect, the benefit of this form of parent counselling lies above all in the allocation of responsibility and the stimulation of the parents' self-observation – by showing them that they are in a position to make 'right' decisions and, in doing so, taking responsibility in the present for (latent) development problems in the future. Inasmuch as paediatricians are well aware that this understanding has only situational value and probably has no effect on the further behaviour of the parents (and the parents also know this), in this moment, they 'treat' the object that they can reach: the parents' compliance regarding medical supervision of their parenting and care practices.

Correspondingly, the described prevention practice shows itself less as a struggle for treatment *options* than more as a struggle for the allocation of treatment *responsibility*, which arises from the paradoxical situation to fulfil standards of optimisation in child development also with regard to their non-medical requirements. This struggle for responsibility also becomes particularly evident when parents 'refuse to take part' in discursive risk constructions (and, in so doing, evade the risk-ignorance-risk) and thus themselves become a problem, which cannot be reached by this kind of 'treatment'.

Conclusion

The observed examples show how the triadic interaction structure in preventive check-ups for children provide resources that remain out of reach in medical prevention measures for adults equally related to lifestyles: they allow parenting-induced risk factors to surface during the check-up itself and to profile a specific prevention work along the lines of this performance of parenting.

If one again calls on the forced shift on the programme level towards the assessment of age-appropriate development, then it becomes obvious how the prevention of possible development disorders is shaped by multiple time references in the check-ups. As the development of children is already a very dynamic and (relatively) unpredictable process, the time reference of prevention is additionally dynamised in the check-ups for children. It is not essential to retain a certain future status by avoiding risks, but much more to ascertain the (physical) prerequisites for the training of competencies, which will only develop in the future anyway. Herein lies, regarding prevention of development disorders, a double reference in the future. In practice, this causes uncertainty because the 'right' moment for programmatically targeted early interventions is not easy to determine. Our observations of paediatricians' practices indicate that in this context, relatively little medical treatment of children and plenty of educational 'treatment' of parents can be observed. The switch to parent counselling, moreover, proves to be a processing of a third future reference of prevention work in check-ups, namely, the reference to their own future. Insofar as the doctors need to reflect on today's intervention decisions, they have to take into account possible later development problems in the child ascribed to 'poor' early detection work. In this way, doctors see themselves confronted, particularly with regard to vague development risks, with the problem of handling the 'risk-ignorance-risk' (Fuchs, 2008: 371).

The programmatic coding of primary-preventive objectives, which have become continually stronger in the course of the extension of check-up programmes, serves to advance the myth of producibility of equal developmental chances and the societal volition for (early) intervention. The switch from treatment to prevention as well as the change in register towards education practices in the field of early detection of development disorders proves to be reciprocal activation and limitation of risen output expectations regarding early optimisation of child development. The presented linkage of system-theoretical and practice-theoretical perspective and the methodological linkage of document and practice analysis sensitise for the unintended effects of conflicting 'programmings' in paediatric prevention work on the different levels of health policy and practice.

The practice of ‘governing parents’ (Bloch, 2000) in the check-ups lies not least of all in the fact that development norms are transformed into parenting norms – thus updating the societal discourse on the relationship between families and children’s health. The examples point to the fact that exactly the upholding of an illness-centred logic in the paediatric check-ups makes sure that the practical logic tends to drift strongly towards primary prevention and also ‘parent education’, even without the ‘official’ integration of parent counselling into the early detection programme. In the medical focussing on the differentiation between ‘cases’ and ‘non-cases’, both sides of the differentiation are still activated in practice – even the ‘non-cases’ (in the medical sense) need to be communicatively followed up. This problem is met by doctors with the help of the pedagogisation of their early detection work.

The observed ‘unit of preventive action’ (Altenhofen, 2002: 960) does not support parents as much as it makes them responsible. It cannot be estimated here whether an official integration of primary prevention measures into the check-ups’ programme could change these effects to the better. Besides the focus on evidence-based strategies in prevention studies, further studies on the concrete practices of risk construction and distribution of responsibility in well child care in early childhood are necessary in order to hint at the problems, which only arise from the dynamics of specific institutionalisations of preventive accesses to children.

Funding

The research project ‘Children’s Bodies in Practice: An Ethnography on the Processing of Development Norms in Routine Paediatric Checkups (U1 to U9) and School Entry Checkups’, on which this article is based, was being funded by the ‘Deutsche Forschungsgemeinschaft’ (DFG, German Research Society) from 2006 to 2011 and carried out under the guidance of Helga Kelle at the Goethe University Frankfurt/Main, Germany.

Notes

1. We use the terms ‘preventive paediatric check-ups’ or ‘preventive check-ups for children’ to translate the German term *Kindervorsorgeuntersuchungen*. These are comparable to developmental screenings, which in Anglophone countries are also known as ‘well child/baby visits’ or ‘well child exams’.
2. The illness-centred logic of the German programme becomes obvious when compared to other preventive check-up programmes in Europe (Kelle and Seehaus, 2010), particularly and strikingly in contrast to the British Health Promoting Programme (British Department of Health, 2009), which assign by far more primary-preventive tasks to the medical check-ups.
3. The US Health System for Children and especially the ‘well child visits’ show some similarities to the German resident structure of child health services.
4. In contrast to the international discussion, the reception of Luhmann’s system theory in childhood studies or the sociology of health and medicine is relatively distinct in Germany and is also proving increasingly fruitful in micro-sociological studies (e.g. Vogd, 2005). But see Gregory et al. (2005) for the English-language domain.
5. All names are anonymized.

References

- Alanen L and Mayall B (eds) (2001) *Conceptualizing Child-Adult Relations*. London: RoutledgeFalmer.
- Alderson P (2011) Trends in research about health in early childhood: economics and equity, from micro-studies to big business. *Journal of Early Childhood Research* 9(2): 125–136.
- Altenhofen L (2002) Gesundheitsförderung durch Vorsorge: Zur Bedeutung von U1 bis J1. *Bundesgesundheitsblätter – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 45: 960–963.
- Armstrong D (1995) The rise of the surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness* 17(3): 393–404.

- Berg M (1996) Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health & Illness* 18(4): 499–524.
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) (2004) Konsequenzen aus Pisa. *Press Statement*. Available at <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/bvkj/pressezentrum/show.php3?id=52&nodeid=105> (accessed 20 January 2010).
- Bloch M (2000) Governing teachers, parents, and children through child development knowledge. *Human Development* 43(4–5): 257–265.
- Bollig S and Tervooren A (2009) Die Ordnung der Familie als Präventionsressource. Informelle Entwicklungsdiagnostik in Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen am Beispiel kindlicher Fernsehnutzung. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation (ZSE)*, 29(2): 157–174.
- Bühler-Niederberger D (2003) The needy child and the naturalization of politics. In: Hallett C and Prout A (eds) *Social Policy for a New Century*. London: Falmer Press, pp. 89–105.
- Bühler-Niederberger D (2007) *The power of innocence. Social politics for children between separation and participation*. WELLCHI working paper series no. 4/2007. CIIMU – Institute of Childhood and Urban World. Available at: http://www.ciimu.org/webs/wellchi/working_papers/wp4_buehler.pdf (accessed 13 December 2009).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMfG) (2007) Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien: Screening auf Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch. *Bundesanzeiger (BAnz)* 234: 8268.
- Casiday R (2007) Children's health and the social theory of risk: insights from the British measles, mumps and rubella (MMR) controversy. *Social Science & Medicine* 65(5): 1059–1070.
- Department of Health (2009) Healthy Child Programme: pregnancy and the first five years of life. Available at: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/167998/Health_Child_Programme.pdf (accessed 09 April 2013).
- De Swaan A (1990) *The Management of Normality, Critical Essays in Health and Welfare*. London/New York: Routledge.
- Emerson R, Fretz R and Shaw L (1995) *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Fuchs P (2008) Prävention - Zur Mythologie und Realität einer paradoxen Zuvorkommenheit. In: Saake I and Vogd W (eds) *Moderne Mythen der Medizin*. Wiesbaden: VS Verlag, pp. 363–378.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2005) *Kinder-Untersuchungsheft*. Siegburg: Gemeinsamer Bundesausschuss - GBA.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2007) *Screening auf Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch*. Available at: <http://www.g-ba.de/downloads/40-268-423/2007-08-08-Abschluss-Kindsmisshandlung.pdf> (accessed 23 June 2008).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2008) *Tragende Gründe zum Beschluss über eine Änderung der Kinder-Richtlinien: Einrichtung einer Kinderuntersuchung U7a*. Available at: http://www.g-ba.de/downloads/40-268-625/2008-05-15-Kinder-U7a_TrG.pdf (accessed 12 January 2010).
- Gregory J, Gibson B and Robinson PG (2005) Variation and change in the meaning of oral health related quality of life: a 'grounded' systems approach. *Social Science & Medicine* 60: 1859–1868.
- Hacking I (1990) *The Taming of Chance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hafen M (2007) *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hall D and Elliman D (2006) *Health for All Children*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Hunt A (2003) Risk and moralization in everyday life. In: Ericson R and Doyle A (eds) *Risk and Morality*. Toronto, ON, Canada: University of Toronto Press, pp. 165–193.
- Johnsen JR (2006) *Health Systems in Transition: Norway*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kelle H and Seehaus R (2010) Die Konzeption elterlicher Aufgaben in pädiatrischen Vorsorgeinstrumenten. Eine vergleichende Analyse von Dokumenten aus Deutschland, Österreich, England und der Schweiz. In: Kelle H (ed) *Kinder unter Beobachtung. Kulturanalytische Studien zur pädiatrischen Entwicklungsdiagnostik*. Opladen: Barbara Budrich, pp. 41–94.

- Link J and Hall M (2004) The normalistic subject and its curves: on the symbolic visualization of orienteering data. *Cultural Critique* 57: 47–67.
- Luhmann N (2005) *Risk: A Sociological Theory*. New York: Aldine de Gruyter.
- Moqvist I (2003) Constructing a parent. In: Bloch M, Popkewitz T and Holmlund K (eds) *Governing Children, Families and Education: Restructuring the Welfare State*. New York: Palgrave Macmillan, pp. 117–132.
- Olin Lauritzen S and Sachs L (2001) Normality, risk and the future: implicit communication of threat in health surveillance. *Sociology of Health & Illness* 23(4): 497–516.
- Olson L, Tanner L, Stein M, et al. (2008) Well-child care: looking back, looking ahead. *Pediatric Annals* 37(3): 143–151.
- Rose N (1999) *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. London: Free Association Books.
- Schatzki TR, Knorr Cetina K and Von Savigny E (eds) (2001) *The Practice Turn in Contemporary Theory*. London: Routledge.
- Schor E (2004) Rethinking well-child care. *Pediatrics* 114(1): 210–216.
- Smith DE (2005) *Institutional Ethnography: A Sociology for People*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- Snow CE and Van Hemmel SB (eds) (2008) *Early Childhood Assessment: Why, What, and How*. Washington, DC: National Academies Press.
- Strauss AL and Corbin J (1990) *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Tanner J, Stein M, Olson L, et al. (2009) Reflections on well-child care practice: a national study of pediatric clinicians. *Pediatrics* 124(3): 849–857.
- Turmel A (2008) *A historical sociology of childhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vogd W (2005) Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften. Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. *Soziale Systeme* 11(2): 236–270.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die geltende Promotionsordnung der Fakultät für Erziehungswissenschaft an der Universität Bielefeld bekannt ist. Diese Dissertation wurde von mir noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht, noch wurde die gleiche Dissertation, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung bei einer anderen Hochschule als Dissertation vorgelegt.

Ich bestätige, dass alle von mir in Alleinautorenschaft publizierten Veröffentlichungen, der Rahmentext und auch die angegebenen eigenen Anteile an den Veröffentlichungen, die in Ko-Autorenschaft entstanden, selbständig erarbeitet wurden. Sowohl in den Veröffentlichungen als auch in diesem Rahmentext wurden keine Textabschnitte von Dritten oder eigenen Prüfungsarbeiten ohne Kennzeichnung übernommen wurden und alle benutzten Hilfsmittel und Quellen angegeben.

Zudem erkläre ich, dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Vermittlungstätigkeiten oder für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Trier, 17.07.2013

Sabine Bollig

Danksagung

Diese Dissertationsschrift hat von vielen fachlichen wie freundschaftlichen Beziehungen profitiert. Diesem ‚Promotionskollektiv‘ sei daher ein Dank ausgesprochen.

Als erstes und sehr herzlich bedanke ich mich bei

Helga Kelle und Michael-Sebastian Honig.

An meiner Praxis des Promovierens haben sie beide als Mentoren, Vorgesetzte und wohlwollende Kritiker partizipiert, mir aber vor allem auch als geduldige und ermutigende Helfer zur Seite gestanden. Besten Dank dafür!

Isabell Diehm danke ich dafür, dass sie zum Schluss noch als Gutachterin mit ins Boot eingestiegen ist und mich auch in allen Fragen zum ‚Promovieren in Bielefeld‘ kundig beraten hat.

Die empirischen Studien wären aber auch nicht ohne die Arbeit mit meinen Kolleginnen in dem Frankfurter Forschungsprojekt „Kinderkörper in der Praxis“ zustande gekommen. Bei ihnen allen möchte ich mich für die gute und fröhliche Zusammenarbeit bedanken; insbesondere bei Marion Ott.

Meine Forschungsarbeiten haben aber auch von vielen geselligen Diskussionsanlässen mit weiteren Kolleginnen und Kollegen im Feld der Wissenschaft profitiert. Mein freundschaftlicher Dank gilt hier vor allem Marc Schulz und Florian Esser.

Von ganzem Herzen bedanke ich mich an dieser Stelle bei meinen Freundinnen Ines Himmelsbach und Tanja Betz. Sie haben nicht nur die gesamte Entwicklung dieses Promotionsprojektes mit Hand, Herz und Verstand begleitet, sondern zum Ende hin auch unermüdlich Korrektur gelesen und für gute Laune gesorgt. Trotz der räumlichen Distanz hatte ich so nie den Eindruck, allein am Schreibtisch zu sitzen.

Zuletzt sei Petra Schmitt für ihren gewissenhaften Einsatz bei der Literaturverwaltung und Formatierung der Arbeit gedankt.

Widmen möchte ich diese Arbeit meinen Patenkindern Luca-Marie und Mattis.